

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. Majesté et L. Bouchardeau.

PF92

18e Année. 2e Série. Vol. VI.

L'ODONTOLOGIE

« La Revue internationale d'Odontologie » et « L'Odontologie » réunies

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896)

REVUE BI-MENSUELLE

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris, et de la Société d'Odontologie de Paris

Directeur : CH. GODON

Rédacteur en chef : G. VIAU

Secrétaire de la rédaction : **E. BONNARD.** — Administrateur-Gérant : **Ed. PAPOT**

TOME XIX

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, 45

PARIS

18e ANNÉE. N° 1. 15 JANVIER 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 44 pages, 5 figures dans le texte, et donne en supplément 2 planches hors texte.

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

RESTAURATION BUCCALE ET FACIALE

Par M. HEÏDÉ,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Et M. le Dr AUBEAU,
Chirurgien de la policlinique de l'hôpital International.

Communication du Congrès de Paris.

Nous avons l'honneur de vous présenter une malade à laquelle nous avons fait des restaurations prothétiques de la face et de la bouche qui nous paraissent dignes de l'intérêt des membres du Congrès. Pour éviter les redites inutiles, nous suivrons dans notre description l'ordre chronologique, c'est-à-dire que nous relaterons l'observation de la malade telle que nous l'avons rédigée en collaboration avec le Dr Aubeau, en nous étendant plus particulièrement sur les points qui nous concernent, en un mot sur la prothèse proprement dite.

Observation. — Mlle X..., confectionneuse, est âgée de 33 ans. Son père est mort diabétique à 52 ans. Sa mère, encore vivante, paraît robuste et d'une assez bonne santé.

Nous croyons utile, pour éclairer la pathogénie des lésions que nous avons eu à réparer chez Mlle X..., de nous étendre avec quelques détails sur ses antécédents héréditaires maternels et paternels.

Sa mère eut, un an après son mariage, un enfant robuste et bien constitué. Au huitième mois de sa seconde grossesse, elle contracta de son mari une maladie contagieuse qu'on lui dit être la petite vérole. (Il est à remarquer que l'éruption qui se produisit au cours de cette maladie ne laissa aucune cicatrice ombiliquée, pas plus chez le mari que chez la femme.)

L'enfant vint à terme, et mourut de convulsions au bout de quinze jours, après avoir présenté sur le corps une éruption semblable à celle qui s'était développée chez les parents.

La troisième grossesse ne présenta rien d'anormal, et aboutit à la naissance d'un enfant robuste, qui est encore actuellement vivant et bien portant.

Une quatrième conception se termina, sans cause appréciable, par une fausse couche de quinze jours.

Enfin, le cinquième et dernier enfant fut notre malade, M[lle] X... Elle était magnifique à sa naissance, au dire de sa mère ; mais, à l'âge de sept semaines, elle fut prise d'accidents graves et divers : jaunisse, dyspnée nasale avec ronflement, éruption de boutons sur tout le corps, pneumonie double. Elle échappa à tous ces dangers, mais conserva la gêne de la respiration nasale et le ronflement.

A partir de cette époque la pyramide nasale se serait affaisée lentement et progressivement : les photographies prises à 18 mois, à 6 ans, à 14 ans, à 18 ans, nous ont permis de nous rendre compte de la physionomie de la malade à ces différents âges.

A 14 ans, au moment de la formation, en même temps que l'apparition des premières règles, se produisit rapidement une perforation du voile du palais, avec large perte de substance. A partir de ce moment l'affaissement du nez s'accentue encore, pour prendre définitivement les caractères que nous examinerons plus loin, et la malade perdit successivement par *carie* toutes les dents antérieures de la mâchoire supérieure, ce qui nécessita l'application d'une pièce dentaire.

En dehors de ces accidents et des troubles fonctionnels qu'ils entraînaient, les antécédents personnels de la malade ne présentent rien qui nous paraisse digne d'être noté.

Dans les derniers temps, le chagrin provoqué chez cette infortunée malade par son infirmité et les disgrâces qu'elle lui attirait, avait fini par assombrir son caractère au point qu'elle était hantée par des idées de suicide. C'est alors que son médecin, M. le D[r] E. Dubois, appela en consultation le D[r] Aubeau, et lui demanda son intervention chirurgicale.

L'examen de la malade montre alors que la pyramide nasale est affaisée par suite de l'enfoncement des os propres du nez, et de la disparition complète du cartilage de la cloison. Le dos du nez semble coupé en deux moitiés par un sillon linéaire profond dirigé transversalement, mais curviligne à concavité inférieure. Ce sillon se continue de chaque côté de la pyramide nasale avec les sillons naso-jugaux dont il exagère la profondeur. Cette dépression nasale est due à la rétraction d'un tissu cicatriciel très adhérent par sa face profonde, de sorte qu'il est impossible de redresser le nez, même par des tractions énergiques. Il résulte de cette disposition que le lobule médian et les orifices des narines sont relevés et dirigés en avant (nez camard).

Les photographies 4 et 5 de la planche I, ainsi que le moule en plâtre que nous avons pris de la malade avant l'opération, donneront une idée plus précise que toute description.

L'examen des fosses nasales montre que les os propres du nez sont effondrés, que le cartilage de la cloison a complètement disparu, de



Avant l'intervention. Après le placement de l'appareil.



sorte que les fosses nasales communiquent largement entre elles dans leur partie antérieure, alors qu'elles sont séparées en arrière par le vomer, qui a été conservé. La sous-cloison est intacte.

L'examen de la cavité buccale montre que les incisives, les canines et les premières petites molaires supérieures ont disparu, ainsi que les premières grosses molaires, et qu'il ne reste que trois molaires de chaque côté. Disons, pour n'y plus revenir, que les dents de la mâchoire inférieure sont en assez bon état.

La voûte palatine est saine. Au contraire, le voile du palais est remplacé par une vaste perte de substance qui met en communication directe le pharynx avec l'arrière-cavité des fosses nasales. Il ne reste du voile membraneux que deux bandelettes étroites et minces se confondant avec les piliers du voile du palais.

Dans ces conditions, la déglutition est des plus pénibles; ce n'est que par un véritable tour de force que la malade empêche les aliments de repasser par les fosses nasales La phonation est des plus défectueuses et il est très difficile de comprendre le nasonnement de la malade. La respiration elle-même se trouve entravée, du fait de ces altérations profondes des premières voies. Il existe une dyspnée habituelle qui prend les caractères de l'essoufflement dès que la malade se livre au moindre effort.

Malgré l'étendue de la perte de substance du voile du palais, malgré la minceur et l'étroitesse des bords de cette perte de substance, le Dr Aubeau, à la prière du médecin de la malade et de sa famille, consent, après avoir fait suivre à cette dernière une cure à l'iodure de potassium, à faire une tentative de staphylorraphie.

Le 10 février 1897, après avoir anesthésié la région à l'aide de la cocaïne, il avive les bords de la solution de continuité, et, après avoir pratiqué, à un centimètre de chacun de ces bords, une incision libératrice de la muqueuse, il passe, à l'aide du chasse-fil de Mathieu, trois fils d'argent dont il tord les chefs à l'aide du serre-nœud. Avec beaucoup de difficulté, il parvient à affronter les bords de la plaie dans les deux tiers de leur étendue, mais la tension des tissus est alors si grande que l'un des fils coupe les tissus, séance tenante, et qu'il y a peu d'espoir de conserver un résultat appréciable. En effet, les jours suivants, les deux autres fils coupent à leur tour les tissus, et il faut les enlever sans avoir obtenu d'amélioration dans l'état de la malade.

En présence de cet insuccès prévu, le Dr Aubeau nous présente la malade, et nous prie de remédier au mal par l'application d'un appareil prothétique.

Nous nous trouvions en présence d'un cas un peu exceptionnel, en raison de l'étendue et de la disposition de la perte de substance. En avril 1884, nous avons eu occasion de présenter à la Société d'Odontologie un obturateur composé de deux languettes en caoutchouc mou, rendues mobiles à l'aide d'une charnière qui les réunissait au corps de la pièce dentaire. Mais la perte de substance était moins étendue que dans le cas actuel.

Chez Mlle X..., pour permettre une respiration, une déglutition et une phonation suffisamment parfaites, il fallait, en obturant complètement la perte de substance, donner au voile du palais artificiel une forme, une courbure et des dimensions telles, que l'appareil, tout en venant toucher la paroi postérieure du pharynx par son bord libre bien arrondi, n'exerçât sur cette paroi aucune

pression capable de provoquer des réflexes, de la gêne ou des douleurs. Pour y parvenir, nous eûmes recours, non plus à des languettes mobiles en caoutchouc mou, mais à une pièce de caoutchouc dur faisant corps avec le reste de l'appareil, et soutenue dans sa partie médiane par un fil métallique suffisamment résistant.

L'examen de la malade vous démontrera que les différents buts ont été atteints par l'appareil ainsi construit, puisque, à l'état de veille, la colonne d'air s'échappe à son gré ou par le nez ou par la bouche. L'exactitude a même été obtenue à un tel point, que la malade nous raconte qu'au moment de s'endormir le soir, c'est-à-dire quand les mouvements et la contraction des muscles ne sont plus soumis à l'influence de la volonté, elle est réveillée par un accès de dyspnée dû au contact de la paroi pharyngienne avec l'appareil, contact tellement hermétique qu'il s'oppose à la respiration nasale.

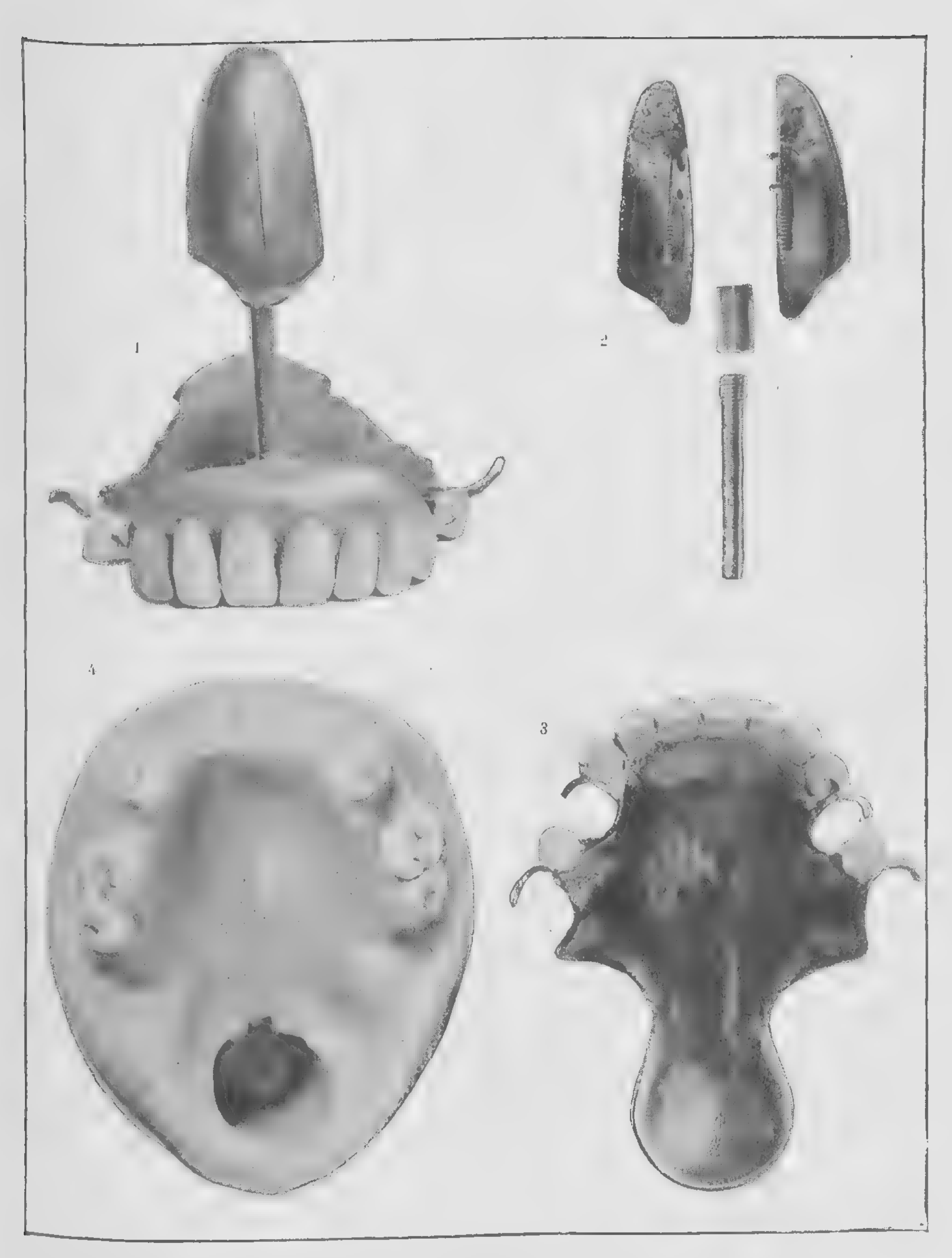
Bien que ce petit inconvénient dénotât une bonne adaptation de l'appareil, je crus utile de remédier à cet état de choses en confectionnant un second appareil pour la nuit, que je modifiai en diminuant la longueur de la languette.

En somme, nous fûmes tellement heureux dans la construction et dans l'adaptation de notre appareil, que la malade déclara dès le lendemain, c'est-à-dire le 13 juillet, qu'elle le supportait avec la plus grande facilité. Les heureuses modifications apportées par cette pièce prothétique à la déglutition des aliments, à l'articulation des sons et au jeu de la respiration, furent une véritable surprise pour la malade, qui ne savait comment nous en exprimer sa joie.

Nous venions donc de rendre à la malade un immense service au point de vue fonctionnel ; mais la défiguration due à l'affaissement du nez n'en persistait pas moins, et tout restait à faire au point de vue de l'esthétique.

Pour remédier à la difformité, voici quel plan fut concerté entre le Dr Aubeau et nous : ce chirurgien décollerait toutes les parties molles faisant partie de la pyramide nasale, dans une étendue suffisante pour les mobiliser complètement et leur donner la forme et la direction convenables. Nous imaginerions, de notre côté, un appareil prothétique formant aux parties molles mobilisées une charpente ou mieux un squelette reproduisant la forme d'une pyramide, et prenant son point d'appui, en haut, aux os propres du nez, en bas, sur l'appareil de prothèse buccale, à l'aide d'une tige pénétrant dans la bouche à la partie médiane du sillon gingivo-labial, directement en arrière de la sous-cloison. Nous appliquerions l'appareil, préalablement construit, immédiatement après l'opération.

Nous commençâmes alors à faire des recherches pour nous rendre compte de ce que nos devanciers avaient pu faire dans cet ordre d'idées. La lecture des remarquables travaux d'Ayrapäa (d'Helsingfors) ; de Michaëls, de Goldstein, de Delalain de (Paris) ; de Martin, de Lyon, etc., malgré la diversité des cas qu'ils relatent et malgré l'ingéniosité dont ont fait preuve ces maîtres de la prothèse, ne nous fournit aucune donnée exactement applicable à notre cas.



1. Appareils buccal et nasal montés. — 2. Appareil nasal démonté. — 3. Appareil buccal. — 4. Empreinte de la bouche montrant l'orifice palatin.



Réduit à nos propres ressources et guidé par le principe que nous nous sommes imposé de ne construire que des appareils facilement démontables, nous imaginâmes un appareil d'une grande simplicité.

Description de l'appareil.

Il se compose de deux parties : une partie supérieure reliée à une partie inférieure par l'intermédiaire d'un écrou.

La partie supérieure, de forme pyramidale, est double, c'est-à-dire se compose de deux plaques triangulaires et bouterollées afin de leur donner une forme convexe. Ces deux plaques sont soudées chacune, à leur face postérieure ou concave, à un angle d'environ 30°, à une demi-tige taraudée à sa partie inférieure, de telle façon que la réunion des deux ailes adapte les deux parties hémisphériques de la tige l'une contre l'autre, et donne ainsi sa forme cylindrique primitive.

La partie inférieure se compose d'une tige du même diamètre que la partie supérieure, et taraudée également à sa partie supérieure. Un écrou octogonal réunit les deux parties.

Le tout est en vermeil.

La hauteur totale de l'appareil est de cinq centimètres sur un centimètre et demi, dans sa plus grande largeur.

Cette disposition de l'appareil nous permettait de l'introduire et de l'enlever sans trop de difficulté.

Cet appareil étant construit, nous prîmes rendez-vous avec le Dr Aubeau et le Dr Dubois, médecin de la malade, à la policlinique de l'hôpital International, le 8 octobre 1897.

La malade endormie au chloroforme, le Dr Aubeau, à l'aide d'une longue rugine à bout tranchant, introduite par la narine, décolla les parties molles du nez jusque et y compris le périoste, à la surface des branches montantes du maxillaire supérieur et des os propres du nez jusqu'à l'épine nasale.

Ce décollement donna lieu à une hémorragie assez abondante, mais dont on eut facilement raison, en faisant pendant un quart d'heure une forte compression à l'aide d'éponges montées, introduites par les narines. Ceci fait, l'opérateur saisit les ailes du nez avec des pinces hémostatiques, au voisinage de leur insertion sur le lobule, et exerça sur la pyramide nasale une traction qui lui démontra que toutes les adhérences étaient bien détruites, que les parties constituant la pyramide nasale étaient parfaitement mobiles et souples, et qu'elles se mouleraient exactement sur le squelette métallique en forme de pyramide destiné à les soutenir. Il fit alors au fond du sillon gingivo-labial supérieur, sur la ligne médiane, à l'aide du bistouri, une incision tranversale pénétrant dans les narines en arrière de la sous-cloison, et suffisamment large pour permettre d'introduire par la bouche, dans la cavité nasale, le squelette métallique monté sur sa tige.

Cette pièce une fois introduite, de façon à ce que son extrémité supérieure repose sur les os propres du nez, l'extrémité inférieure de sa tige emboîte dans la loge préalablement ménagée dans

la partie de l'appareil dentaire formant gencive, et après quelques retouches sur place nous avons la satisfaction de constater que le succès dépasse nos espérances.

Après deux jours de repos à l'infirmerie, la malade retourna dans sa famille, en parfaite santé.

Elle porte actuellement son appareil depuis dix semaines, et n'en éprouve aucune incommodité. Vous pouvez, du reste, juger par vous-mêmes du résultat obtenu, en comparant la malade au masque en plâtre et aux photographies que nous avons prises d'elle avant l'opération.

Nous n'ignorons pas qu'il arrive assez souvent que ces sortes d'appareils sont mal tolérés, et que leur présence peut amener des complications imposant des modifications plus ou moins profondes. Mais nous avons acquis la preuve, que vous pouvez facilement acquérir vous-mêmes, que l'appareil jouit d'une certaine mobilité, et que, par conséquent, il n'exerce pas sur les parties molles de compression susceptible d'entraver la nutrition des tissus, ou d'entretenir des phénomènes névralgiques. D'autre part, l'épaisseur des parties molles et leur résistance accrue par le travail inflammatoire antérieur, ainsi que la grande vascularité de la région, nous font espérer que l'appareil sera bien toléré. Les dix semaines qui viennent de s'écouler nous en paraissent garantes.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE LEPTOTHRIX BUCCALIS

Par M. J. Choquet, D. E. D. P.

Chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole Dentaire de Paris.

Communication au Congrès de Paris.

Dans une communication présentée en mon nom et au nom de M. Grimbert au Congrès dentaire de Bordeaux, j'avais signalé, parmi les microbes que j'avais réussi à isoler de la bouche en même temps que le coli bacille, la présence d'un leptothrix buccalis. La séparation et l'obtention en culture pure de ce microbe, avaient eu lieu grâce à l'emploi des *bouillons* phéniqués que M. Péré avait préconisés pour l'étude du coli bacille.

Depuis cette époque, j'ai continué mes recherches, et j'ai l'honneur de vous soumettre aujourd'hui les quelques observations que j'ai été à même de faire.

Par la méthode du *bouillon* phéniqué on peut arriver à isoler en *culture pure* de la cavité buccale plusieurs espèces de leptothrix, différant les unes des autres, soit par leurs caractères biologiques et morphologiques, soit par leurs réactions chimiques.

Tout d'abord, qu'a-t-on entendu jusqu'à ce jour et qu'entend-on encore aujourd'hui par cette dénomination de leptothrix ?

Parmi les nombreuses espèces que, le premier, il avait examinées dans la salive, Leuwenhoek, quoique l'investigation microscopique ne fût pas très facile à cette époque, avait signalé la pré-

sence d'un *bâtonnet segmenté*, très long, immobile ou plutôt ne présentant qu'un léger mouvement d'oscillation à peine perceptible : c'était le leptothrix.

Beaucoup plus tard, Robin avait étudié ce microbe et en avait donné une bonne description, tout au moins au point de vue purement microscopique. C'est cet auteur qui, le premier, lui attribua la *genèse*, la formation des autres microbes que l'on rencontre dans la bouche. Cette théorie a été reprise, il y a quelques années, par un savant italien, Filandro Vicentini. Tout en rendant hommage au soin qu'a apporté celui-ci dans ses expériences et dans ses recherches, nous ne pouvons nous rallier à ses idées. Il peut y avoir du vrai dans les théories qu'il soutient, mais la bactériologie est une science encore trop récente, et jusqu'à preuve du contraire nous considérerons le leptothrix comme une espèce à part, une espèce pure.

D'après la définition qu'en a donnée le professeur Flügge, l'espèce qui nous intéresse rentre dans la classe des *leptothrichées*, et présente des filaments avec ou sans gaine, dont la division ne s'étend pas très loin, et dont les cellules ne contiennent pas de soufre. Tantôt ces filaments sont isolés, tantôt ils sont réunis par paquets, par touffes, enchevêtrés les uns dans les autres, comme on peut s'en rendre compte en examinant certaines caries avancées dont les parois sont parfois tapissées de ces touffes.

La direction de ces filaments n'est pas toujours droite. Elle est même plutôt légèrement sinueuse. De même, suivant que l'on aura affaire à une espèce ou à une autre, à une espèce cultivée dans un milieu nutritif quelconque ou dans un autre milieu, on se trouvera en présence de filaments grêles et longs ou de filaments courts et trapus. Les leptothrix se laissent bien colorer par la plupart des réactifs colorants, ils prennent le *Gram*, qui leur donne une belle couleur violet noir. Sur certaines espèces, en les examinant bien attentivement, on peut distinguer des *spores* en voie de formation. Voici la formule d'un réactif colorant que j'ai composé, qui permet, lorsqu'on le fait suivre de l'imprégnation par la méthode de Van Ermengen, de distinguer très nettement les spores du leptothrix, du B. Anthracis et de la plupart des microbes se reproduisant par sporulation :

Bleu Victoria	0 gr. 25
Bleu de méthylène	0 gr. 25
Alcool absolu	25 gr. »
Eau distillée	125 gr. »

Une fois la préparation fixée sur la lamelle, on verse dessus quelques gouttes de ce bleu, et l'on peut, si on le veut, chauffer pendant cinq ou six secondes au-dessus d'une petite flamme de Bunsen jusqu'à dégagement de vapeurs. Laver à grande eau, et faire suivre de la méthode à l'argent qui peut être obtenue en deux ou trois minutes. Ce mélange de bleu agit-il comme mordant? Je n'en sais rien, mais grâce à lui la méthode de Van Ermengen est considérablement simplifiée, et les spores apparaissent d'une façon

très nette, en noir, dans l'intérieur des filaments colorés en bleu clair foncé.

Une réaction caractéristique que Miller a donnée le premier, c'est la réaction de l'iode en présence d'un acide quelconque, même faible, réaction qui fait se colorer le microbe en violet, et permet de le différencier de la plupart des autres microbes que l'on peut rencontrer dans la bouche, et qui ne présentent pas cette réaction.

Nous savons que l'on trouve le leptothrix dans la cavité buccale. Mais quels sont ses points d'élection, et peut-on le rencontrer ailleurs ?

Ses points favoris d'élection sont : la face dorsale de la langue, les interstices dentaires et les cryptes amygdaliennes, puis, quelquefois encore les dents cariées, où on le rencontre en touffes sur le bord marginal ou dans le fond de la cavité.

On le trouve encore, mais accidentellement, dans les concrétions des conduits lacrymaux (Jaffé), dans les crachats de la gangrène pulmonaire (Leyden) (Traube). Weigert l'a même rencontré une fois dans un abcès clos de la langue.

Normalement, on le rencontre dans la bouche de l'homme sain, mais il est très difficilement cultivable, par suite de l'espèce d'antagonisme microbien qui semble exister entre cette espèce et les autres espèces qui composent la flore microbienne de la bouche. Ces espèces arrêtent, étouffent le développement du leptothrix. On le rencontre, et c'est là une opinion absolument personnelle, très fréquemment et à l'état presque pur dans la bouche des idiots, des arriérés. Dans ce cas, la salive en est littéralement remplie. Chez trois idiots de 18, 20 et 25 ans, conservés dans leur famille et pour lesquels on ne prenait aucun soin, aucune hygiène de la bouche, je l'ai trouvé trois fois, non pas dans le tartre ou dans les cryptes amygdaliennes, mais simplement dans la salive recueillie sur la pointe de la langue.

C'est à ces trois cas que se rapporte cette communication. J'ai voulu entreprendre de nouvelles recherches dans les hôpitaux d'aliénés, et grâce à l'obligeance du docteur Bourneville nous avons pu, mon collègue le Dr Durand et moi, faire à Bicêtre, dans le service des gâteux et des arriérés, environ deux cents prélèvements en vue de l'étude du leptothrix. Nous avons eu malheureusement un échec absolument complet, parce que les malades avaient la bouche trop... propre.

Tous les matins, les surveillantes forcent les enfants à se brosser les dents, et bien rares sont ceux chez lesquels on peut trouver du tartre. Pour avoir des chances de trouver du leptothrix dans la bouche d'un idiot, d'un arriéré, d'un gâteux, il faut que l'hygiène buccale laisse à désirer. L'état général favorise-t-il la pullulation du leptothrix à l'exclusion d'autres microbes ? Je laisse à d'autres le soin d'approfondir la question et de donner une réponse.

Outre la bouche de l'homme, on le rencontre encore chez la plupart des animaux, tels que le chien, le mouton, le bœuf. Miller a trouvé dans la cavité buccale d'un chien atteint de *pyorrhée*

alvéolaire, une espèce à laquelle il a donné le nom de leptothrix gigantea. M. Phisalix, du Muséum d'Histoire naturelle, m'a affirmé qu'il avait trouvé une espèce de leptothrix dans la gorge d'une cigogne. On voit, d'après cela, que ce microbe peut être rencontré à peu près dans toutes les bouches.

Lorsqu'on vient à le rencontrer dans la gorge de l'homme, c'est sur les faces latérales des amygdales, sous forme de petits points jaunâtres se laissant détacher facilement par le fil de platine servant à faire les prélèvements. Les angines pultacées n'ont peut-être pas d'autre cause.

Le leptothrix a-t-il une action pathogène?

Il le semblerait, d'après Leber, qui, en l'inoculant sur la cornée, aurait produit une suppuration grave de celle-ci.

Mais Leber ne dit pas dans son observation s'il avait inoculé une culture pure de leptothrix, ou bien s'il avait inoculé seulement une petite quantité de mucus buccal. Il semblerait plutôt que c'est cette dernière assertion qui doit être la vraie, car la plupart des auteurs s'accordent à dire que le leptothrix n'est pas cultivable.

Seuls, Vignal et Rasmussen ont réussi à l'étudier en culture pure. Rasmussen y serait arrivé au moyen de la gélatine et des pommes de terre. Il ne donne malheureusement aucun détail sur la technique qu'il avait employée. Vignal (*Archives de Physiologie*, 1887), à la suite de travaux faits en 1885 86-87, en a donné une excellente définition tant au point de vue de l'espèce qu'au point de vue des caractères morphologiques.

Le premier, croyons-nous, il a signalé à l'attention des bactériologistes la difficulté que l'on a à cultiver le leptothrix, et surtout à l'isoler des autres espèces. Je suis, pour ma part, absolument persuadé qu'il n'avait étudié qu'une seule espèce, car les résultats qu'il donne sont différents de ceux que j'ai obtenus. De plus, cela prouve d'une façon sûre et certaine qu'il n'y a pas qu'une seule espèce, mais bien différentes sortes, comme vous pourrez en juger tout à l'heure. Il conseillait de faire les ensemencements avec du mucus dentaire et du tartre très dilué.

Voici les observations qu'il avait faites dans les différents milieux de culture :

Bouillon. — Le leptothrix le trouble légèrement, et forme un dépôt blanchâtre au fond du tube.

Gélatine en piqûre. — Culture en clou, avec une tête et une pointe. Liquéfaction en *entonnoir* au bout de trois ou quatre jours.

Gélatine en plaque. — Les colonies apparaissent au bout de trois ou quatre jours sous forme de points blanchâtres, se dentelant vers le cinquième ou le sixième jour. Elles deviennent alors blanc sale, avec le centre opaque et le bord semi transparent, puis la gélatine se ramollit et finit par se liquéfier complètement.

Pomme de terre. — Tache blanc sale, s'étendant très rapidement.

Agar-agar, 36-38°. Les ensemensements apparaissent au bout de vingt-quatre heures. Même aspect que sur gélatine.

Vignal ajoutait qu'à l'examen microscopique on distinguait très

nettement, à un fort grossissement, à l'intérieur des bâtonnets, la présence de cloisons transversales, sur les préparations colorées avec les couleurs d'aniline.

En cela il diffère absolument de Robin qui avait dit que l'on ne rencontrait *jamais* trace d'articulation dans les filaments.

Voilà donc encore une preuve qu'il n'y a pas qu'une seule espèce de microbe qui nous intéresse. Du reste, c'est absolument l'avis de Miller qui, vous le savez, a étudié la question à fond, et est à même de pouvoir en parler savamment.

Voici maintenant la description des trois cas dans lesquels nous avons réussi à obtenir en culture pure le leptothrix buccalis. J'attire tout spécialement votre attention sur les différences existant entre ces espèces.

1re observation.

Mlle X..., 18 ans, idiote. Bouche en très mauvais état. Tartre mou. Gencives hypertrophiées.

Prise du mucus sur la pointe de la langue.

Ensemencement dans bouillon phéniqué et mise à l'étuve à 36, 37°.

Quatre heures après, *trouble complet*. Passage dans deuxième bouillon phéniqué. Trouble complet quatre heures après. Confection d'une plaque de gélatine.

Au bout de deux jours, colonies blanchâtres, *dentelées*, présentant l'aspect d'un paquet de fils, et ne *liquéfiant par la gélatine*. Les colonies s'étendent de plus en plus sans liquéfaction.

Bouillon. — Trouble complet en quatre à cinq heures. Le bouillon reste trouble, et présente au bout de deux à trois jours un voile épais. Pas d'éclaircissement.

Lactose. — Fermentation assez nette.

Peptone. — Rien.

Pomme de terre. — Trace blanchâtre, épaisse.

Examen microscopique. — Longs filaments, *segmentés*, présentant des articulations très nettes. Prend le Gram et toutes les couleurs.

Examiné en chambre humide, présente un mouvement de va-et-vient à peine visible. Coloration violette par l'iode et l'acide acétique.

2e observation.

M. Z..., 20 ans, idiot, paraît n'avoir que 12 ans. Bouche en très mauvais état. Prélèvement de salive.

Ensemencement en *bouillon* phéniqué.

Trouble après douze heures. Présente *les mêmes caractères* que ceux décrits par Vignal, y compris la liquéfaction, que ne produisait pas le n° 1.

Lactose. — Rien.

Peptone. — Rien.

Pomme de terre. — Trace blanchâtre.

3e observation.

Mlle P..., 25 ans, idiote. Bouche en très mauvais état.

Ensemencement de salive en BOUILLON phéniqué. Etuve à 36°, 37°. Trouble après six heures. Voile épais à la surface.

Gélatine. — Mêmes colonies que le n° 1 et ne liquéfiant pas même au bout de deux mois. Ces colonies apparaissent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Lactose. — Fermentation très nette.

Peptone. — *Réaction de l'indol* avec l'azotate de potasse et l'acide sulfurique.

Pomme de terre. — Trace à peine visible.

Examen microscopique. — Filaments volumineux présentant une *segmentation* très nette et des spores mises en évidence par le bleu que j'ai indiqué suivi de l'imprégnation au nitrate d'argent. L'enveloppe ne se colore pas.

Voilà donc trois espèces différentes de leptothrix, absolument semblables par l'aspect de leurs colonies, mais différant les unes des autres, soit par la forme du microbe, soit et surtout par le caractère des cultures.

Dans un cas la gélatine est liquéfiée, tandis que dans les deux autres elle ne l'est pas.

Dans deux cas nous trouvons de la fermentation, tandis que dans l'autre nous n'en avons pas.

Enfin, un cas nous donne la réaction de l'*indol*, tandis que les deux autres ne nous la donnent pas.

Je crois qu'il n'est pas nécessaire d'insister d'avantage pour connaître la pluralité des espèces de leptothrix.

Ce travail n'est certainement pas complet, j'en conviens, puisque je n'ai pas pu voir le degré de *pathogénie* que possèdent ces trois espèces, ni voir de même si ces espèces peuvent être *anaérobies facultatives* ; mais je tiens, à vous présenter ces résultats pour *prendre date*, me promettant de vous faire part, dans un prochain Congrès, des résultats que j'aurai obtenus.

Pour finir, j'attirerai votre attention sur la similitude des colonies que peuvent présenter trois espèces microbiennes que l'on pourrait confondre avec le leptothrix.

Ce sont le *Zopfii*, le coli bacille et le bacille typhique, mais surtout le *Zopfii*. Il est vrai qu'un simple examen microscopique suffit en pareil cas pour ne pas les confondre avec le leptothrix, car ils sont tous les trois de simples bacilles n'atteignant pas la dixième partie de la longueur d'un filament de leptothrix.

TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897.)

Séance du vendredi matin.

29 octobre.

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE

3, RUE DE L'ABBAYE

Présidence de M. le Dr LECAUDEY.

PRÉSENTATION D'UN APPAREIL POUR LE LAVAGE DU SINUS MAXILLAIRE

M. FRANCHETTE montre un instrument composé de deux tubes métalliques, dont le premier, assez large, sert d'évacuateur des

liquides injectés dans le sinus, le deuxième pénètre dans le centre du précédent, et se termine par une pomme d'arrosoir : c'est le tube injecteur. Au premier tube s'adapte un tuyau de caoutchouc qui conduit les liquides évacués dans un bassin. Au deuxième tube s'adapte également un tuyau de caoutchouc muni d'une poire, et plongeant dans le liquide que l'on veut injecter dans le sinus. On peut naturellement mettre ce tuyau de caoutchouc en communication avec un bock à injection placé à une certaine hauteur. L'appareil est muni en outre d'une petite plaque servant d'écran d'arrêt et ne permettant pas d'introduire l'instrument au-dessus de la partie la plus déclive du sinus. On fait pénétrer l'instrument par un orifice percé dans l'arcade alvéolaire de la mâchoire supérieure, orifice par lequel l'instrument peut passer directement dans la cavité du sinus maxillaire. L'instrument est en forme de baïonnette, de façon à ce que le malade qui le porte puisse fermer la bouche, et que la partie de l'instrument qui n'est pas en communication avec le sinus maxillaire puisse se trouver en dehors de la bouche.

PRÉSENTATION DU STÉRILISATEUR A TRIOXYMÉTHYLÈNE D'ADNET

Par M. de Marion.

Les publications faites par M. le Dr Miquel en 1895, sur le pouvoir microbicide du trioxyméthylène employé à froid pour la stérilisation des instruments, pansements, bibliothèques, et plus tard l'application de ce procédé pour la stérilisation des sondes par M. le Dr Janet, ont donné lieu à des recherches qui permettent actuellement d'utiliser ce système pour obtenir en quelques instants une stérilisation complète et rapide des instruments de chirurgie.

Je n'ai eu qu'à me louer du procédé de stérilisation par le trioxyméthylène avec la chaleur (Breveté S. G. D. G.) décrit et préconisé par M. le Dr Levassor. (*Stérilisation pratique en chirurgie.* — Société d'Editions scientifiques, Paris 1896.)

Dans les nombreux essais bactériologiques qui ont été faits, dans les inoculations aux animaux, ce mode de stérilisation a donné des succès invariables, sans que jamais il y ait eu à enregistrer un seul échec. Des fils ensemencés avec des bacilles du charbon sont absolument stériles après avoir été soumis pendant une demi-heure aux températures de 70° à 80°.

On comprendra aisément les avantages que présente pour le dentiste ce procédé de stérilisation à une température relativement peu élevée, si l'on considère que, dans les stérilisateurs à air chaud ordinaires, la température doit être portée à 150°, et qu'il n'est guère possible de tenir àl a main, même après quelques minutes, des instruments qui viennent d'être chauffés de cette façon.

Le nouveau procédé de stérilisation obvie à ces inconvénients,

car les instuments n'étant chauffés qu'à 80°, sont suffisamment refroidis au bout de quatre ou cinq minutes, pour qu'il soit possible de s'en servir. Le dentiste est alors assuré d'avoir eu vingt-cinq minutes environ des instruments stériles et prêts à être utilisés.

Nous donnons ci-après la figure du stérilisateur à trioxyméthylène, modèle spécial pour dentistes, servant à la stérilisation des instruments et pièces de pansements, en cuivre rouge avec boîte intérieure, monté sur pied avec rampe à gaz, chaudière munie d'un brûleur, porte à double paroi et tablette mobile; dimensions intérieures : 0m25 longueur, 0m15 profondeur, 0m12 hauteur.

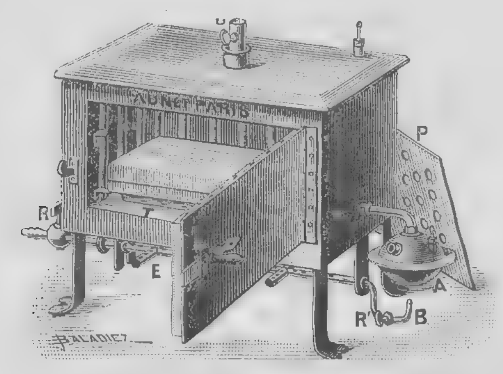


Fig. 1. — Stérilisateur à trioxyméthylène.

On introduit à chaque stérilisation, dans la chaudière A, par le bouchon, un gramme de trioxyméthylène ; la porte étant fermée, ainsi que l'orifice D, on chauffe le stérilisateur à 80°, au moyen de la rampe E ; lorsque cette température est obtenue, on allume le bec B de la chaudière A qui doit être chauffée à 170°. Ces températures sont maintenues cinq minutes environ ; on règle les brûleurs au moyen de robinets RR, les vapeurs de trioxyméthylène pénètrent rapidement dans toutes les parties par le tube T, et assurent une stérilisation parfaite.

Avant d'ouvrir l'étuve, éteindre le bec B, ouvrir l'orifice D, continuer de chauffer deux ou trois minutes, afin de laisser les vapeurs s'échapper complètement, et l'appareil est prêt pour une autre opération.

ANESTHÉSIE ; PROCÉDÉ DU Dr DARIN.

Le procédé d'anesthésie de l'auteur consiste en une anesthésie simple à l'aide du protoxyde d'azote, avec l'appareil ordinaire employé pour cette anesthésie ; mais, sur la partie supérieure du masque en cuir dans lequel il fait arriver le gaz, l'auteur a fait percer un orifice par lequel il introduit l'extrémité inférieure d'un

compte-gouttes spécial, aux trois quarts rempli de chloroforme. Ce chloroforme s'écoule donc petit à petit dans le masque, et est inhalé en même temps que le protoxyde d'azote. L'anesthésie ainsi produite est rapide et ne détermine pas d'accidents. Un bouchon placé entre les deux arcades dentaires permet leur écartement et en même temps l'extraction des dents malades, pendant la durée de l'anesthésie.

M. le Dr Darin anesthésie quelques patientes, sur lesquelles M. Ducournau pratique plusieurs extractions. On remarque que l'anesthésie dure un peu plus longtemps que par le procédé ordinaire, que le réveil est facile, et que les patientes ne ressentent aucun malaise.

DÉMONSTRATION D'OBTURATION A L'AIDE DU VERRE FONDU

Par M. le Dr Herbst

Cette opération est divisée en quatre temps :

1° *La matière employée* est le verre pulvérisé. M. Herbst prend de préférence le verre blanc des globes, et le verre jaune des flacons à chloroforme, qu'il pulvérise et qu'il mélange dans certaines proportions suivant la couleur qu'il désire avoir.

2° *L'empreinte de la cavité* est une partie d'une très grande importance. Il la prend de deux façons : ou bien avec du *stent*, ou bien avec du feuillet d'or platiné au n° 60.

3° *Fonte de l'obturation* de verre. Elle se fait de deux manières, suivant que l'empreinte a été prise au godiva et mise au plâtre, auquel cas on fond le verre directement au chalumeau, dans la cavité du modèle, ou bien si l'empreinte a été prise avec de l'or platiné, on fond le mélange dans cette cupule représentant la forme en creux de la cavité, à la flamme d'un bec Bunsen.

4° *Pose des obturations*. Il est nécessaire que la face postérieure du bloc qui doit s'insérer soit rugueuse. Le ciment est la matière de scellement de choix. La solidité dépend de la qualité du ciment, mais aussi de la surface de rétention qu'offre la cavité et le bloc.

CONFECTION D'UN APPAREIL SANS DENTS, A L'AIDE D'UNE FEUILLE D'OR MINCE MAINTENU DANS UNE BASE D'ÉTAIN COULÉ.

Par M. le Dr Herbst.

C'est, en d'autres termes, la confection d'un appareil à pont sans dents en porcelaine, composé entièrement de couronnes en or sur une base d'étain. On fait d'abord les faces triturantes des calottes en or, puis les faces jugale ou labiale, et on coule de l'étain à la place de la cire. Ces appareils sont très agréables et très durables.

CONFECTION D'UN ANNEAU EN OR S'ADAPTANT AUTOUR D'UNE DENT ET MAINTENU PAR DES GRIFFES.

Par M. le Dr Herbst.

La substitution des anneaux aux couronnes est quelquefois

préférable, à condition qu'ils soient insérés autour de dents saines et solides. Pour leur confection, on se sert des bagues de mesure. Afin que l'anneau soit très justement adapté, on fait un pli avec une pince plate, qu'on remplit de soudure et que l'on lime. Pour éviter le glissement des anneaux on fait surplomber une petite partie d'or en forme de griffe sur la couronne et soudée à l'anneau très solidement.

CONFECTION D'UNE DEMI-COURONNE EN PRÉSENCE DU PATIENT

Par M. le Dr Herbst.

M. Herbst nous donne la manière de confectionner une demi-couronne rapidement. Dans la même séance et dans le cabinet il meule la dent, adapte l'anneau, fait l'échancrure suffisante à la face antérieure, soude la face triturante et bouterolle cette dernière afin de lui donner une forme convenable pour l'articulation. Cela est pratique dans les cas où l'on doit prendre aussi une empreinte pour faire un travail à pont. Lorsqu'il n'existe pas de partie de couronne à la face antérieure, il déprime à cette face son anneau, pratique des points de rétention, et fait une obturation de verre.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES IMPLANTATIONS DENTAIRES

Par M. Oscar Amoedo.

En 1895 j'ai eu l'honneur de faire au Congrès de Bordeaux une communication sur l'implantation des dents à racines superficiellement décalcifiées.

L'an dernier, j'ai présenté au Congrès de Nancy une malade opérée depuis deux ans, et aujourd'hui j'ai l'intention de vous entretenir sur les résultats éloignés des implantations que j'ai pratiquées depuis deux, quatre et six ans, en vous présentant les malades.

Malgré l'insistance de plusieurs de mes confrères, qui dans les Congrès précédents me demandaient d'établir le pourcentage de mes succès, comme on a continué de le faire dans les questions de médecine et de chirurgie, je n'indiquerai pas de moyenne.

En effet, comme les implantations sont des opérations que n'agréent pas tous les malades, j'ai fait, sans reculer devant des contradictions sérieuses, toutes celles que j'ai pu faire, dans le seul but de m'exercer à cette pratique. Il m'est donc impossible de tirer un pourcentage du nombre total de mes implantations, car la moyenne obtenue serait évidemment défavorable.

J'ai cru préférable de présenter les observations et les malades que j'ai opérés, soit chez moi en présence de mes confrères, soit aux écoles dentaires, faisant par conséquent abstraction des cas dans lesquels j'ai opéré tout seul.

Mme M..., âgée de 53 ans, avait l'incisive centrale gauche très branlante, et plus longue que son homologue. Dans cette Ecole

Odontotechnique, en 1891, je pratiquai l'extraction de cette dent, j'enlevai son nerf qui était encore vivant, je râclai soigneusement le tartre qui entourait la racine dans sa presque totalité, je fis bouillir celle-ci dans une solution antiseptique, et je remplis son canal à la chloropercha. Puis je creusai l'alvéole et je remis la dent à sa place, mais je dus, pour trouver de l'os, creuser profondément, si bien, qu'une fois mise en place, la dent se trouvait d'un millimètre plus courte que les dents voisines. Je la maintins en place au moyen d'un petit appareil fixé aux dents voisines, à leur face postérieure, attaché par des fils en platine. L'appareil n'incommoda nullement la malade, puisqu'elle vint me voir au bout de neuf mois seulement. C'est alors que j'enlevai l'appareil ; la dent était consolidée. Actuellement, c'est-à-dire six ans après l'opération, cette dent est encore en bon état.

En 1891, Mme L..., âgée de 35 ans, vint réclamer mes soins. Voici l'état de sa bouche :

Elle portait un grand nombre de racines de molaires qui la faisaient constamment souffrir. En avant, les deux incisives droites manquaient depuis dix ans, et étaient remplacées par un petit appareil en caoutchouc portant deux dents. Du côté gauche, les couronnes des deux incisives avaient disparu, et leurs racines étaient profondément cariées.

Je commençai par nettoyer la bouche, en faisant l'extraction de toutes les racines malades, c'est-à-dire en mettant la bouche dans un état d'asepsie relative.

Je conduisis un jour cette malade ici (Ecole Odontotechnique), où, devant mes collègues et les élèves, je désinfectai par la méthode immédiate les deux racines cariées et plaçai deux dents à pivot dans une seule séance.

Quelques jours après, en présence de mon maître le Dr Poirier, je pratiquai l'implantation des deux incisives droites, en me servant de deux dents sèches. Un appareil fixé aux dents voisines les maintint en place.

L'incisive latérale, qui n'était pas gênée par l'articulation des dents inférieures, fut consolidée deux ou trois mois après, tandis que l'incisive centrale ne le fut qu'au bout de neuf à dix mois.

Deux ans plus tard les dents à pivot tombèrent ; je les remis en place ; les dents implantées restaient au contraire toujours fermes.

Il y a deux mois l'incisive droite implantée se brisa au collet. Je dus ouvrir de nouveau l'alvéole en détruisant le bout de racine qui y restait. J'implantai cette nouvelle dent, à ciment décalcifiée, il y a huit jours. Comme vous pouvez le constater à la percussion, elle est déjà solide, malgré qu'elle n'ait pas été attachée.

Du côté gauche, il y a une première petite molaire implantée depuis cinq ans. Elle est aussi très solide.

Actuellement, la malade a ses dents en excellent état ; elle ne souffre plus depuis que j'ai enlevé toutes les racines qui la tour-

mentaient depuis longtemps. Enfin son état général, affaibli par l'insomnie, la privation d'aliments et l'intoxication, s'est relevé et est excellent.

Ses dents implantées sont très solides, et ce qui dans ce cas est digne de remarque, c'est que, privée des molaires, elle se sert de ses dents implantées pour la mastication des aliments.

M[me] X..., âgée de 25 ans, vint me trouver en 1890. Voici ce qu'elle me raconta : elle s'était rendue à Paris chez un dentiste, pour se faire remettre l'incisive latérale gauche, extraite depuis cinq ans.

Le dentiste lui affirma qu'il était de son intérêt de mettre deux dents au lieu d'une seule, et pour cela il fallait sectionner une dent voisine.

Après de longues hésitations, pendant un an environ, la malade se décida pour la section de l'incisive centrale, qui portait une petite aurification, tandis que le dentiste conseillait de sectionner la canine.

L'opération fut pratiquée selon ses désirs, et le dentiste construisit un petit appareil en or, qui fut porté pendant quatre ans.

Dans mon cabinet, en présence de MM. Davenport, Damain, Hugenschmidt, Hivert et d'autres confrères, je procédai à la désinfection de la racine de la canine par la méthode immédiate, et séance tenante je fixai une couronne de Logan.

Immédiatement après je pratiquai l'implantation d'une dent latérale de Logan, fixée sur une racine naturelle, que je fis entrer à frottement dur, de sorte que la ligature devint inutile.

Les suites opératoires furent excellentes, et la dent se consolida très bien.

Actuellement la malade porte sa dent de Logan, fixée sur la canine naturelle, sans avoir éprouvé le moindre ennui, et sa dent implantée est encore en bon état.

M[lle] P..., âgée de 25 ans, remarqua en 1893 que ses deux incisives droites supérieures s'allongeaient et la faisaient souffrir.

Un dentiste qu'elle alla consulter enleva l'incisive centrale, et fabriqua un petit appareil qu'elle porta pendant deux ans. Elle s'aperçut, à son grand étonnement, il y a quelques mois, que sa fausse dent s'allongeait aussi, puis une dent apparut à la place de celle qui avait été extraite.

Elle vint alors à ma consultation, et voici ce que je constatai : du côté gauche la première petite molaire a perdu sa couronne depuis trois ans. Au fond de la gencive on aperçoit ses racines. Du côté droit, la canine de lait existe encore ; l'incisive latérale est très déchaussée, le dentiste qui avant moi a traité la malade a usé son bord libre. La pression sur la gencive faisait suinter du pus par le collet de cette dent. La canine permanente était venue évoluer à la place de l'incisive centrale.

Le 6 janvier 1895, je commençai par extraire les deux racines de la petite molaire, j'agrandis l'alvéole, et j'y implantai une petite

molaire fraîche, extraite trois jours auparavant à un enfant, en vue d'un redressement.

Le 20 janvier 1896, je présentai cette malade à la Société Odontologique pour la montrer avant de l'opérer.

Le 27 janvier, devant une trentaine de confrères réunis dans mon cabinet, je fis l'extraction de la canine permanente, de l'incisive latérale et de la canine de lait.

J'agrandis l'alvéole de la canine de lait et implantai à sa vraie place la canine permanente, après avoir enlevé le nerf et rempli le canal à la chloropercha.

Pendant ces manipulations la dent fut tenue dans une compresse aseptique. Je fis en sorte d'éviter tout contact de substances antiseptiques qui auraient pu entraver la vitalité des tissus.

Enfin, j'agis le plus rapidement possible.

J'élargis également l'alvéole de l'incisive latérale et j'implantai une incisive latérale naturelle à racine superficiellement décalcifiée. L'alvéole laissé par la canine permanente avait une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Je rendis cet alvéole vertical, et y implantai une dent semblable à la précédente. J'avais extrait ces deux dents d'une malade atteinte de pyorrhée alvéolaire, et elles étaient encore vivantes.

Une ligature en fils de platine a tenu solidement les dents en place pendant le travail de soudure.

Pendant l'opération j'ai fait un nombre considérable d'injections à la cocaïne, grâces auxquelles la malade n'a pas souffert pendant la trépanation des alvéoles. Les suites furent très favorables.

La malade est allée à son travail dès le lendemain. Elle n'a eu ni souffrances ni inflammation, preuve évidente que l'opération avait été faite avec une asepsie rigoureuse. Il m'a fallu de temps en temps resserrer les ligatures, et au bout de trois mois je les ai définitivement enlevées.

Pendant l'hiver dernier la malade a été atteinte d'une pneumonie, et quelque temps après une de ses dents s'est fracturée, entraînant avec elle un petit fragment osseux, *le septum*, séparant l'alvéole de l'incisive centrale. Je dus alors creuser l'alvéole, que je trouvai très dense ; j'y implantai une dent décalcifiée ; craignant d'ébranler les dents voisines qui étaient implantées, je pris un point d'appui sur les dents naturelles, plus éloignées. Je ne pus de la sorte obtenir une immobilisation parfaite, et la consolidation n'eut pas lieu.

Quatre mois plus tard j'enlevai cette dent, et la remplaçai par une dent saine pourvue de son périoste, arrachée ici à l'École, en vue d'un redressement. Elle fut alors attachée aux deux dents voisines implantées précédemment. Elle est maintenant presque consolidée.

Mme B..., âgée de 23 ans, s'est présentée à ma consultation, en novembre 1894. Elle portait, depuis quatre ou cinq ans, une dent à pivot sur la racine de l'incisive droite supérieure. Cette racine s'était fendue en deux moitiés, et depuis quelques mois la malade

faisait tenir la dent en entourant elle-même le pivot avec un fil. C'était un foyer d'infection qui maintenait fongueux et tuméfiés le périoste, les gencives et les tissus environnants.

Je procédai alors à l'extraction des deux fragments de la racine, et je conseillai à la malade d'attendre que les tissus fussent revenus à leur état normal.

En janvier 1895 je l'invitai à se rendre à l'Ecole Dentaire de Paris, où, devant les membres de la Société d'Odontologie, je fis l'implantation d'une incisive latérale avec couronne en porcelaine, et une racine naturelle superficiellement décalcifiée.

La dent fut maintenue par des ligatures aux dents voisines, pendant le travail de consolidation. Les suites opératoires furent excellentes, et deux mois après j'enlevai les ligatures.

Un an plus tard, la couronne tomba avec le pivot, mais la racine resta solide en place. La patiente ne s'en préoccupait pas, et ce n'est qu'au mois d'août 1897 qu'elle revint me trouver, pour remettre une nouvelle couronne.

Je trouvai la racine très solide, l'extrémité libre recouverte par les gencives. En introduisant l'instrument dans le canal radiculaire je trouvai des tissus mous, saignants, à 8 m/m de profondeur.

Après avoir anesthésié à la cocaïne, je déblayai la gencive au thermocautère jusqu'à l'exposition bien nette de la racine. Je préparai alors une dent composée d'un petit anneau en platine, embrassant la racine et munie d'un pivot entrant dans le canal. Avec de la porcelaine je collai à cette petite pièce une couronne artificielle (dent de Downie), et je fixai avec du ciment la dent ainsi préparée.

Cette personne possède une articulation dentaire excessivement serrée, de telle sorte que lorsqu'elle ferme la bouche on ne voit pas les incisives inférieures qui viennent buter contre le talon des incisives supérieures, et toucher les gencives. Cette circonstance est des plus défavorables pour le maintien en place d'une implantation dentaire, ainsi d'ailleurs que pour une dent à pivot, et c'est un obstacle matériel à une pièce de prothèse.

Voici donc une racine implantée depuis trente-quatre mois, et qui est encore très solide.

Mme F..., 26 ans. Au mois de juin dernier je fis l'extraction de deux bouts de racines qui restaient encore dans le maxillaire de la première petite molaire gauche supérieure. Je creusai l'alvéole et enlevai le septum osseux inter-radiculaire, après quoi j'implantai une prémolaire naturelle à racine partiellement décalcifiée. Cette dent n'a pas été maintenue en place par des ligatures, et cependant, au bout de trois mois, elle est déjà consolidée dans l'alvéole. La malade s'en sert pour la mastication, et en est très satisfaite.

Mme M..., 30 ans. En 1892, je lui implantai une deuxième petite molaire gauche fraîche, à la place d'où l'on avait extrait sa dent quelques mois auparavant. Sans ligature elle se consolida très

vite, et a toujours été pendant cinq ans comme elle est maintenant, en rendant un service actif pour la mastication.

Du côté droit je n'ai pas eu le même bonheur. Entre sa première prémolaire et la canine il y avait une canine temporaire cariée. J'en fis l'extraction, je creusai l'alvéole et y implantai une canine. J'eus beaucoup de difficultés à maintenir cette dent en place, à cause de l'articulation avec les dents de la mâchoire inférieure. Plus tard, je dus refaire cette implantation deux ou trois fois, toujours sans résultat. Finalement, j'adressai la malade à M. de Marion qui lui fit une implantation hétérotopique, avec une vis en platine, mais son opération ne fut pas plus heureuse que la mienne, car au bout de quelques mois il se produisit une ostéite raréfiante autour de la vis, et celle-ci tomba, entraînant la dent à pivot qu'elle maintenait.

Comme vous le voyez, ces implantations ont été faites sur des individus de différents âges. Je me suis servi, pour les effectuer, de dents de sources différentes. C'est ainsi que j'ai employé tantôt des dents fraîches, de provenance autopique ou hétérotopique, tantôt des dents sèches, tout simplement stérilisées, ou des dents à racine superficiellement décalcifiées. Toutes ces dents se sont consolidées de la même façon et présentent aujourd'hui les mêmes signes physiques.

J'ai exposé dans des travaux antérieurs la façon dont s'opère cette consolidation.

Voici les signes physiques que présentent toutes ces dents d'une façon constante :

1° Le son tympanique produit à la percussion sur une dent greffée consolidée est toujours plus clair que celui qui est produit sur les autres dents voisines ;

2° Elles offrent une grande difficulté à l'extraction ;

3° Enfin, tout mouvement communiqué à la dent se transmet à l'os directement, sans interruption.

Ce dernier caractère est un des inconvénients les plus fâcheux des implantations dentaires ; on pourrait même dire que c'est le seul point faible de cette opération, qui présente par ailleurs tant et de si grands avantages, car l'union qui résulte de l'implantation est tout à fait antiphysiologique : c'est une véritable ankylose.

A l'état normal, en effet, les dents sont construites de telle façon que, par la forme conique de leurs racines, la force appliquée en un point quelconque de la couronne se transmet également, en se diffusant, à toutes les parties des parois alvéolaires.

D'un autre côté, grâce au ligament alvéolo-dentaire (périoste), il n'y a pas contact direct entre la dent et l'os. Le ligament joue le rôle d'un coussinet élastique.

Or, dans une dent greffée, consolidée, les conditions sont tout à fait autres. D'abord la racine, au lieu d'être conique, devient irrégulière. De plus, il y a absence complète du périoste, qui joue le

rôle de coussinet. Dans ces conditions, la force appliquée en un point donné de la couronne se transmet directement à l'os.

Tant que la force est verticale, c'est-à-dire dirigée suivant le grand axe de la dent, celle-ci résiste. Mais, si la force est appliquée obliquement, comme c'est le cas quand un corps étranger est placé entre les arcades dentaires, et si cette force est un peu exagérée, comme la diffusion normale manque par l'absence de coussinet, et aussi par l'union intime qui existe entre l'os et la dent, la force, gravitant sur la limite de la soudure, produit une fracture à cet endroit. C'est ainsi que les choses se passèrent dans l'observation de Mlle B... et de Mme L...

Ainsi donc, je considère comme contre-indiquées les implantations dentaires, dans les cas où manquent les molaires et quand par suite l'individu est obligé de mastiquer avec les dents greffées, exclusivement.

En résumé, les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici avec les implantations dentaires, sont très satisfaisants. Grâce à ce procédé, j'ai pu débarrasser nombre de mes patients d'appareils souvent fort incommodes, et toujours très dangereux.

TRAITEMENT IMMÉDIAT DES DENTS A PULPE MORTE

M. Oscar Amoedo traite une dent, et décrit sa technique habituelle qui a été exposée à Nancy (*Voir compte rendu du Congrès de Nancy* 1896, *page* 142).

PRÉSENTATIONS DIVERSES

Par M. le Dr Telschow.

M. le Dr Telschow (de Berlin) présente successivement :

1° *Un moteur à air comprimé.* — Un générateur d'air transforme la pression hydraulique des conduites d'eau domestiques en pression d'air, en ce que l'eau qui arrive dans le récipient en chasse l'air qui y est contenu ; il donne un courant constant, car l'arrivée de l'air se fait plus vite et plus régulièrement. Il ne nécessite aucune surveillance. Quand la pression atmosphérique de la conduite est à peu près la même dans le réservoir, l'appareil cesse de fonctionner ; mais il recommence quand on enlève de l'air. On dispose donc d'une source d'air inépuisable.

Une pompe à air à manivelle rend le système utilisable lorsqu'on ne dispose pas de canalisation d'eau, et permet de remplir un réservoir à air, d'une capacité de 1 mètre cube environ, quantité suffisante pour une demi-journée à un jour, suivant l'usage que l'on fait du moteur.

Quant au moteur, il marche sans bruit, il ne présente pas de point mort, de sorte qu'on peut toujours obtenir le mouvement de l'entrée de l'air, et il fonctionne avec sûreté ;

2° *Un maillet pneumatique.* — L'action de ce maillet égale abso-

lument celle du maillet électrique. L'instrument donne de 1.000 à 1.200 coups par minute, et c'est toujours le même air qui sert à transmettre la force qui est employé.

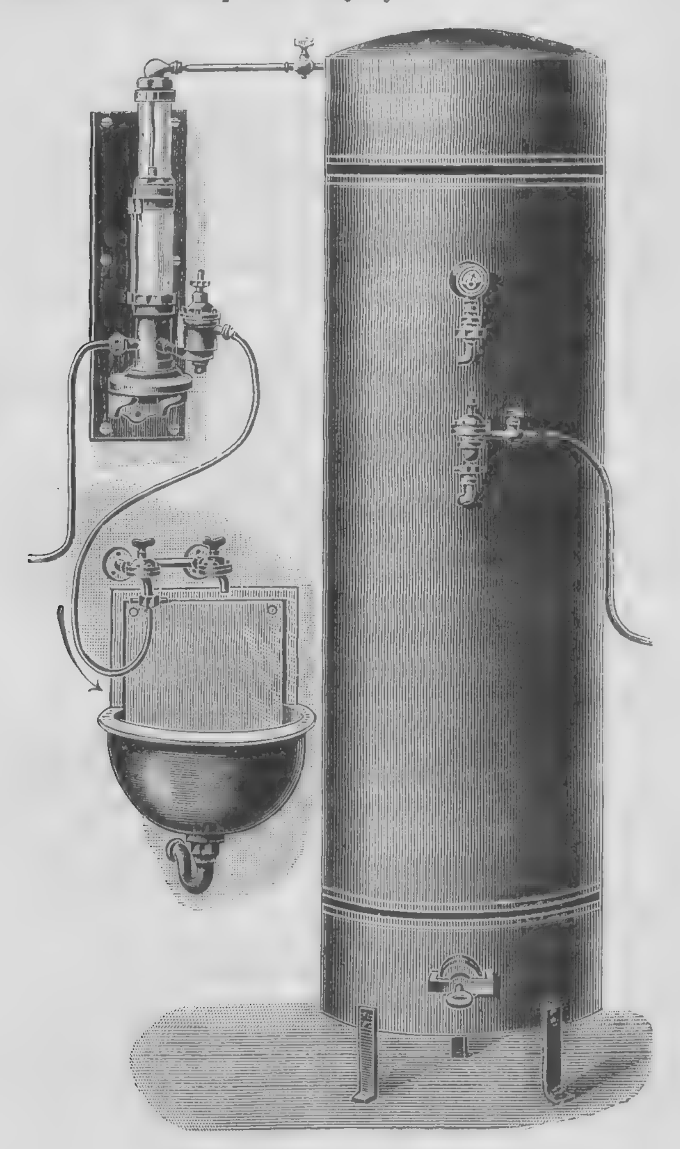


Fig. 2. — Moteur à air comprimé.

Il est mû par la pédale, qui fait fonctionner une pompe à air montée directement sur l'arbre moteur du tuyau ; la course du piston n'est donc pas grande, non plus que le volant, de sorte que

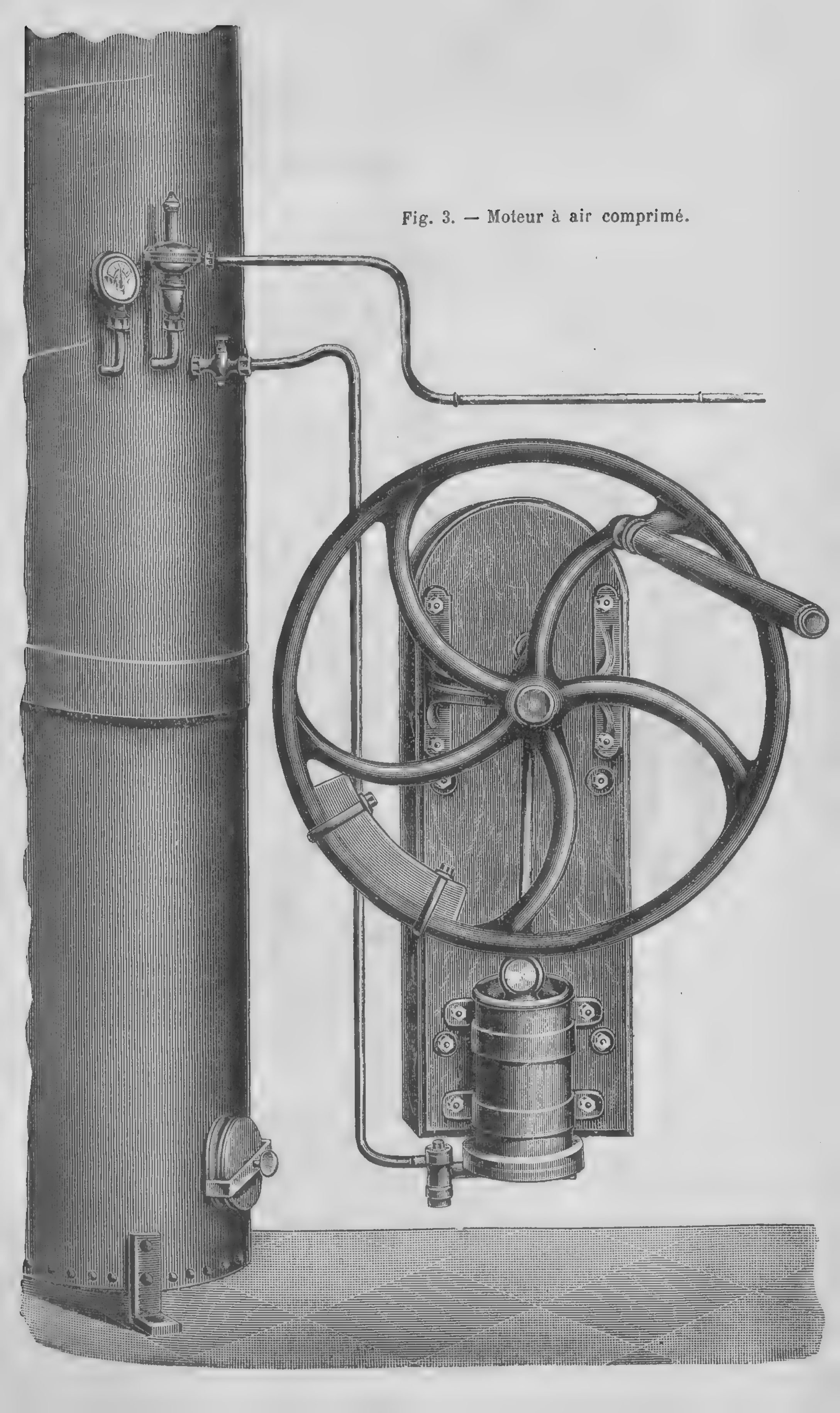


Fig. 3. — Moteur à air comprimé.

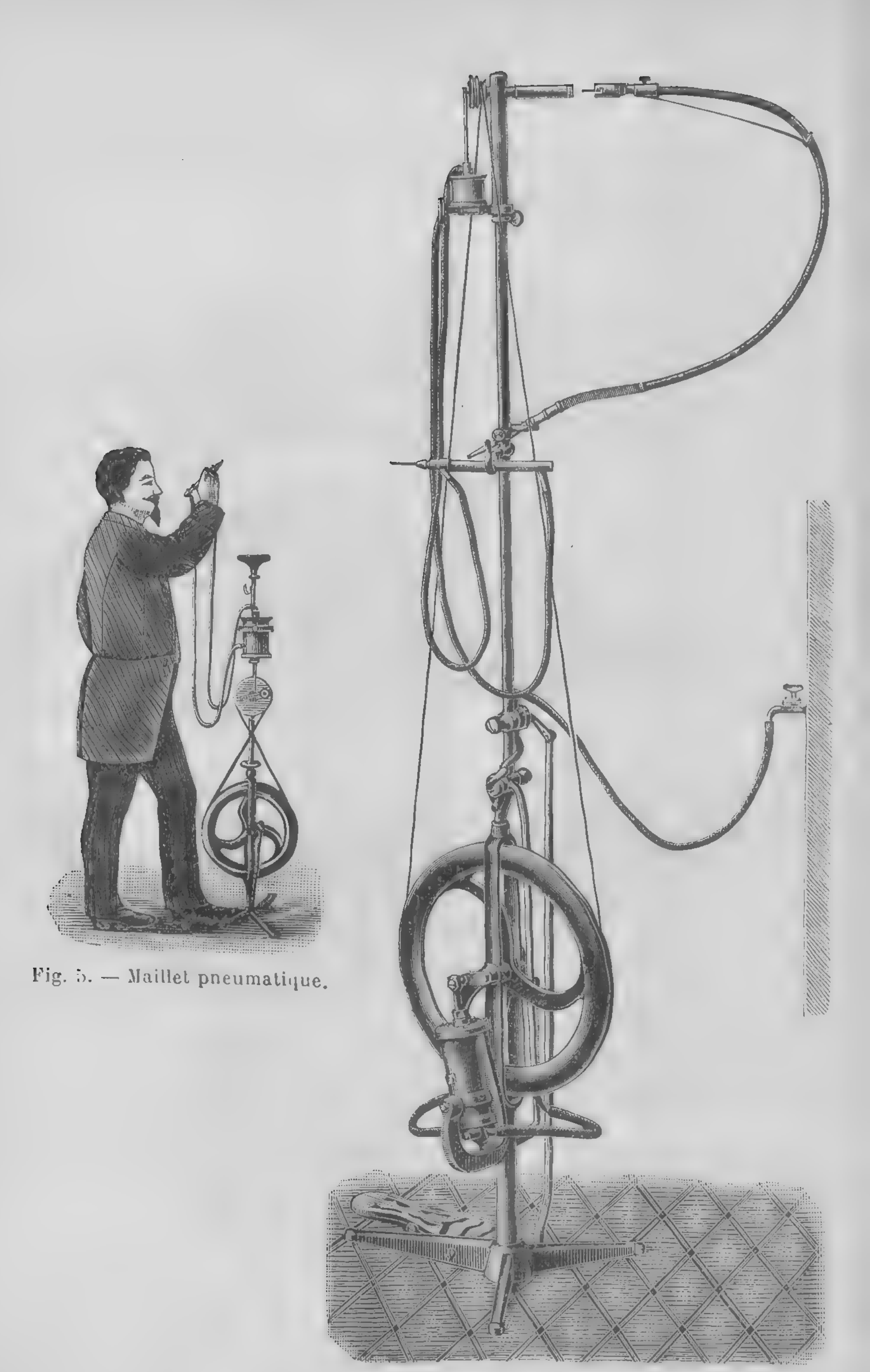


Fig. 5. — Maillet pneumatique.

Fig. 4. — Maillet pneumatique.

la marche est à la fois plus tranquille, et le nombre de coups plus grand. Il n'y a pas à craindre d'échauffement, et les divers dispositifs mécaniques du maillet sont d'une construction si simple, qu'on peut les manipuler soi-même, sans avoir à craindre de dérangements. Ce maillet pneumatique s'adapte à tous les tours dentaires mus par la pédale ;

3° *Un vaporisateur pour chlorure d'éthyle.* — Ce vaporisateur, qui s'adapte au tour mû par la pédale et porteur d'une pompe à air actionnant le maillet, produit artificiellement le froid sur la gencive au moyen de la pulvérisation d'un liquide, ce qui permet d'extraire ainsi sans douleur les dents branlantes et les racines. L'auteur en démontre l'application pour le chlorure d'éthyle ;

4° *Un ciment au fluor et à l'aluminium, ou « ciment fluoride ».* — Ce ciment se compose de liquide (acide phosphorique), de poudre (sel d'aluminium et oxyde de zinc), de gutta-percha et d'acide fluorhydrique avec lequel on mélange l'acide phosphorique dans la proportion de 1/3. En faisant le mélange, il faut être très prudent, l'acide fluorhydrique étant très corrosif. Après avoir fermé le verre, on agite soigneusement, et le liquide est alors prêt pour la préparation du ciment, qui consiste à le mélanger avec autant de poudre qu'il en faut pour obtenir une masse aisément malléable. Celle-ci ne durcit pas trop vite, de sorte qu'on peut faire plusieurs obturations.

Bien dessécher la cavité à obturer, et l'imprégner d'une solution de sublimé avec un tampon de ouate, après quoi on y insuffle de l'air chaud. Le ciment, introduit mou, ne doit pas être dérangé dans son travail de cohésion par la pression, durant le durcissement. A chaque nouvel usage, bien secouer le liquide, car il se forme un dépôt ; ne pas non plus préparer une trop grande quantité de mélange, parce que celui-ci, au bout de huit jours environ, se décompose, suivant l'état hygrométrique. On mélange au moyen d'une spatule, et on polit le lendemain avec de l'acier bien propre ; on frotte la surface et l'on enduit de vernis.

M. LE Dr TELSCHOW termine ses présentations par l'exposé d'un *Moyen d'obturer les cavités en une séance, malgré l'état morbide de la pulpe.*

AVIS

Les auteurs désirant un « tirage à part » de leurs communications, peuvent s'adresser à M. PAPOT.

Les congressistes qui désirent recevoir une épreuve de la photographie prise le vendredi 29 octobre, rue de l'Abbaye, peuvent s'adresser directement à M. Pirou, 23, rue Royale. — Prix : 5 francs.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — Des atrésies post-lupiques.

Par MM. H. Hallopeau et E. Weil.

AVEC UNE NOTE SUR LE TRAITEMENT DE CES ATRÉSIES

Par M. Le Dentu.

On trouve dans nos classiques, parmis lesquels nous citerons en première ligne le traité de MM. Kaposi, Besnier et Doyon, l'indication des désordres considérables que peuvent entraîner à leur suite les cicatrices consécutives au lupus, et particulièrement des conséquences qui peuvent résulter de leur adhérence et de leur rétraction. La malade qui fait l'objet de ce travail en offre un exemple remarquable au point de vue clinique, et très exceptionnel car nous n'en trouvons pas de semblables dans la littérature médicale; on verra cependant que M. Le Dentu a observé un fait très analogue.

La nommée P... vient, depuis treize ans, dans notre service, pour s'y faire soigner, par le galvano-cautère, d'ulcérations persistantes des fosses nasales.

Agée actuellement de 48 ans, elle assure que son lupus a débuté il y a trente-neuf ans; à l'âge de 11 ans, elle a commencé à être soignée à Saint-Louis par M. Hillairet; les cicatrices adhésives se sont produites sept ans plus tard; dès cette époque, son nez s'est trouvé réduit à un moignon, avec atrésie de ses orifices, et sa bouche s'est fermée dans la plus grande partie de son étendue: le moulage de M. Baretta, fait à cette époque dans le service de M. Le Dentu, en fournit le témoignage; notre collègue a tenté alors de lui refaire une ouverture buccale par un procédé qui lui avait réussi dans un autre cas et sur lequel nous allons revenir; mais le traitement a été mal supporté et les lèvres se sont de nouveau soudées dans la plus grande partie de leur étendue.

Depuis lors, la situation est restée à peu près stationnaire: les ulcérations qui persistent sur la muqueuse buccale au pourtour de l'orifice, sont fréquemment cautérisées; néanmoins, elles se reproduisent toujours.

En 1884, avec le concours de son interne, aujourd'hui son collègue affectionné, H. Roger, l'un de nous, a décrit ainsi qu'il suit l'état de cette malade:

Le nez est réduit à sa partie osseuse et à une petite portion cartilagineuse large d'environ un centimètre. Il se termine par une pointe recourbée en bas, et donnant l'aspect d'un bec de perroquet. La peau est absolument lisse et mince, avec quelques veinosités. La partie inférieure de cette pyramide est fermée par de la peau. Il existe à l'union de la saillie nasale et de la lèvre supérieure un pertuis arrondi, gros comme une tête d'épingle, au fond duquel on aperçoit la cloison des fosses nasales.

La bouche est réduite à un orifice en forme triangulaire, à sommet supérieur, que la malade ne peut ni fermer ni ouvrir. *Cet orifice a un centimètre et demi de large, sur un demi-centimètre de haut.* La peau qui entoure la bouche présente une coloration blanchâtre, et un aspect lisse et luisant, avec quelques veinosités. Cette peau se continue directement avec la muqueuse labiale, sans qu'il y ait quoi que ce soit qui rappelle les lèvres. Cette surface, parfaitement lisse à la partie inférieure, présente, à la partie supérieure, quelques petites croûtes jaunâtres, recouvrant des ulcérations superficielles qui se continuent un peu sur la muqueuse labiale.

En introduisant le doigt par l'ouverture buccale, on se rend compte de l'épaississement des lèvres; on sent de plus que les deux incisives médianes supérieures ont disparu, et qu'il y a là destruction de toute la gencive.

En arrière de ce point, la malade nous dit qu'avec la langue elle sent une surface exulcérée.

Elle peut facilement mâcher les aliments.

Elle parle avec facilité; sa voix est nasonnée, mais sa prononciation est peu modifiée; ce qui la gêne le plus, c'est, nous dit-elle, l'absence des deux incisives.

Quand elle parle, il y a des contractions très marquées au niveau des muscles qui entourent l'orifice buccal, celui-ci restant absolument immobile.

Elle peut boire, même avec un verre.

La respiration se fait presque exclusivement par la bouche. L'air passe bien par le nez, mais en quantité insignifiante.

L'état de la malade ne s'est guère modifié depuis treize ans; l'ouverture buccale s'est encore rétrécie transversalement, sous l'influence sans doute des nouvelles rétractions cicatricielles consécutives aux cautérisations réitérées que nécessitent les ulcérations persistantes de son pourtour: elle ne mesure plus actuellement que douze millimètres de diamètre; le pertuis nasal ne peut plus admettre que l'extrémité d'un stylet; il est le siège d'un écoulement incessant de mucus.

La conformation normale de la bouche est encore représentée, de chaque côté de l'orifice persistant, par une dépression transversale partant de la commissure; des plis radiés, peu marqués au repos, s'accentuent sous l'influence des mouvements de la physionomie: leur coexistence avec des saillies périphériques, dont les plus remarquables siègent au-dessus et au-dessous de l'orifice qui persiste dans la région médiane, donnent à cette partie du visage un singulier aspect. La malade continue à pouvoir manger, en divisant beaucoup ses aliments, et sa parole est distincte, bien que voilée; les seules consonnes qu'elle soit hors d'état de prononcer sont les labiales, aussi a-t-elle de la difficulté à faire entendre et à dicter son nom.

La santé générale de cette femme est excellente. Nous noterons particulièrement ce fait qu'elle n'a jamais de coryza; on est en droit de penser que l'absence des irritations de natures diverses que peut provoquer l'inspiration est la cause de cette immunité.

M. Le Dentu, qui, ainsi que nous l'avons dit déjà, a observé cette malade avant nous, en 1882, a bien voulu nous communiquer la note ci-jointe qui la concerne en même temps qu'un autre malade atteint d'une difformité presque identique.

Premier malade (Hôpital Saint-Antoine, en 1878). — Jeune homme d'une vingtaine d'années, présentant une atrésie de la bouche et des narines par rétraction de cicatrices lupiques. Cet état durait déjà depuis longtemps et avait développé chez ce jeune homme un besoin d'isolement qui en avait fait un véritable sauvage. Il vivait au fond d'un jardin, fuyant toute compagnie, se nourrissant tant bien que mal par l'orifice buccal, extrêmement rétréci. On le décida pourtant à subir une opération. J'employai ce procédé :

Premier temps. — J'ai fait d'abord de chaque côté de l'orifice buccal, au point où devaient se trouver les nouvelles commissures, une incision verticale de près d'un centimètre de longueur, puis une incision horizontale réunissant le milieu de l'incision verticale du côté correspondant, au milieu de l'orifice buccal.

Deuxième temps. — J'ai procédé alors au dédoublement des tissus au-dessus et au-dessous des incisions horizontales. Il en est résulté la formation de deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, rebroussés en haut et en

bas. La surface cruentée par la dissection correspond à la face buccale des tissus cicatriciels respectés par les incisions.

Troisième temps. — Sur cette surface cruentée j'ai pratiqué ensuite les incisions suivantes, à travers l'épaisseur entière des tissus : deux incisions courbes convexes en dedans, partant d'une des extrémités des incisions verticales et aboutissant à l'autre, puis deux incisions horizontales partageant la muqueuse en deux lambeaux correspondant à ceux que j'avais déjà taillés aux dépens de la peau. Les deux incisions curvilignes circonscrivirent deux petits lambeaux à base externe, destinés à être rebroussés de dedans en dehors, de manière à reconstituer les commissures.

Quatrième temps. — Après régularisation des encoches correspondant à l'orifice buccal, ces deux petits lambeaux furent rebroussés en dehors, de telle sorte que les commissures se trouvèrent reconstituées et bordées par la face buccale non cruentée du tissu cicatriciel. Il ne restait plus qu'à réunir deux à deux, bord à bord, les quatre lambeaux quadrilatères, résultant des incisions horizontales superficielles et profondes, pour que la restauration de la bouche fût complète.

Je comptais beaucoup, pour empêcher la récidive, sur le bordage des commissures au moyen des petits lambeaux latéraux qui, une fois relevés en dehors, montraient une face non cruentée aux deux extrémités de la nouvelle fente buccale. Sur mon opéré de Saint-Antoine mes espérances se sont pleinement réalisées.

Au moment de la sortie de l'hôpital, plusieurs semaines après l'opération, le résultat immédiat s'était parfaitement maintenu, et la nouvelle bouche avait plusieurs centimètres d'ouverture. J'ignore ce que ce malade est devenu : je ne l'ai pas revu depuis lors ; aussi ne m'est-il pas possible d'affirmer que le succès a été définitif.

Deuxième malade (Hôpital Saint-Louis, en 1882). — Même rétraction, même opération, cette fois malheureusement en pleine période de cicatrisation : avant que celle-ci fût absolument complète, la tendance à la récidive se manifesta. Je luttai tant que je pus, au moyen d'un petit appareil que M. Mathieu construisit, et qui consistait en deux petites gouttières commissurales en métal que des ressorts écartaient l'une de l'autre ; mais cet appareil fut mal supporté, et la rétraction s'accentua de plus en plus.

Peut-être y a-t-il lieu de tenir compte de l'âge de la cicatrice pour comprendre les différences des résultats opératoires suivant les sujets. Le succès doit être plus certain lorsque la rétraction est en quelque sorte épuisée depuis longtemps. Je m'explique ainsi pourquoi j'ai réussi dans le premier cas, et non dans le second.

Ces processus sont remarquables en ce sens qu'ils tendent concurremment à produire, d'une part, la néoformation de tissus persistants. C'est ainsi que chez notre malade les orifices du nez sont obstrués presque complètement par un voile cutané.

Ce mélange d'atrophie et d'hyperplasie est également remarquable chez un autre de nos malades dont l'histoire peut être résumée ainsi :

Arthur Ch..., âgé de 50 ans, entre le 2 avril 1897 au numéro 61 de la salle Bazin : il est atteint d'un lupus de la face dont le début remonte à environ vingt ans ; ce lupus est encore en activité au niveau du nez et de la joue droite ; sur le côté gauche de la face, les lésions sont au contraire en voie de régression : elles ont laissé à leur suite de larges cicatrices, causes des difformités sur lesquelles nous désirons appeler l'attention.

Au niveau de l'oreille, la cicatrice passe directement du visage et du cou sur l'intérieur de la conque, qu'elle tapisse dans toute son étendue ; son tissu remplace toutes les parties molles ; le pavillon a donc entièrement disparu ; les cartilages sont eux-mêmes très atrophiés ou détruits : c'est ainsi que le tragus n'est plus représenté que par une très faible saillie, que l'antitragus et l'hélix ont disparu ; il en résulte une déformation des plus saisissantes de cette région : toute la partie saillante de l'oreille a été ainsi comme englobée dans la cicatrice, et détruite par elle.

La tendance envahissante des cicatrices lupiques, leur puissance

de rétraction, et leur propriété de contracter des adhérences indélébiles, contribuent à donner à ces tuberculoses cutanées une physionomie spéciale. Elles se produisent trop fréquemment à un degré moindre, pour que l'on puisse rapporter ces vices de cicatrisation à une idiosyncrasie des sujets qui en sont atteints ; elles appartiennent à la maladie elle-même, dont elles constituent une des caractéristiques, en même temps qu'une des conséquences les plus fâcheuses, puisque c'est la condition même de la guérison, la formation du tissu de cicatrice, qui vient à son tour causer des difformités très pénibles, en même temps que des troubles plus ou moins graves des fonctions.

Les faits observés dans ce travail peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

1° *Il se produit, à la suite du lupus, des hyperplasies atrophiantes ; il peut en résulter des atrésies.*

2° *Ces atrésies post-lupiques peuvent amener l'oblitération complète ou presque complète des orifices du visage.*

3° *Les ouvertures buccale et nasale peuvent n'être plus représentées que par des pertuis admettant à peine, pour la première, l'extrémité du petit doigt, pour la seconde, la pointe d'un stylet; la déformation de l'extrémité nasale en bec de perroquet surmontant ces orifices presque entièrement oblitérés donne alors à la physionomie l'aspect le plus étrange.*

4° *Cette difformité n'est pas incompatible avec l'alimentation, non plus qu'avec la phonation ; seules, les consonnes labiales ne peuvent plus être prononcées.*

5° *Une observation de M. Le Dentu montre qu'une opération méthodique peut amener le rétablissement d'une ouverture buccale, à la condition que l'application consécutive d'un appareil approprié soit bien supportée.*

6° *L'oblitération presque complète de l'ouverture des narines n'entraîne d'autre trouble fonctionnel que la respiration buccale ; elle semble constituer une immunité contre le coryza.*

(Annales de dermatologie et de syphiligraphie.)

II. — Chancre syphilitique de la gencive supérieure a sa face interne.

Par M. A. Béclère.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est atteint d'une syphilis récente, au début de la période secondaire, remarquable par le siège très insolite de l'accident initial. Il est porteur d'un chancre de la gencive supérieure, à sa face interne, au niveau du collet des incisives médianes. Cette localisation est assez exceptionnelle pour ne s'être pas encore offerte à l'observation du professeur Fournier, si j'en juge par un passage du beau livre où ce maître vient tout récemment d'étudier les chancres extra-génitaux : « Le chancre gingival a été signalé sur la gencive supérieure et la gencive inférieure, mais toujours à leur face *externe* (jamais, du moins, ne l'ai-je encore observé sur leur face interne). »

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade :

« C'est un homme de 30 ans, marié depuis sept ans, père de trois enfants bien portants, entré le 20 avril dernier dans mon service à l'hôpital Tenon, parce que depuis dix jours environ il souffrait de maux de tête et s'était vu le corps tout couvert de taches. A son entrée, je lui trouve une éruption généralisée d'un rose foncé, disparaissant incomplètement sous le doigt ; cette éruption offre tous les caractères de la roséole syphilitique à son déclin. Disséminées au milieu de ces éléments érythémateux, une douzaine environ de papules lenticulaires,

de couleur jambonnée, entourées d'une collerette épidermique, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie. Cependant, les organes génitaux sont intacts, et le malade est certain qu'ils n'ont été le siège d'aucune lésion ; il affirme d'ailleurs n'avoir jamais été infidèle à sa femme. A la recherche du chancre, je trouve dans la région sous-maxillaire droite, à cheval sur le bord inférieur de la mâchoire, un ganglion gros comme une noisette, dur, mobile et indolent, qui m'amène, en faisant ouvrir la bouche du malade, à découvrir en arrière des incisives médianes supérieures, encadrant leur collet, une ulcération un peu plus large qu'une pièce de cinquante centimes. Cette lésion est bien loin de présenter les caractères extérieurs que revêt d'ordinaire l'accident initial de la syphilis.

« Non seulement il est impossible d'apprécier aucune induration à sa base qui se continue avec le tissu osseux de la mâchoire supérieure, mais c'est une ulcération « à contours indécis, frangés, irrégu-« liers, à fond inégal tourmenté, mamelonné, grenu, bourgeonnant, « végétant par places, de teinte composite, multicolore, et au total sans « signification objective ».

Dans son livre, M. Fournier décrit deux formes du chancre gingival : l'une où il conserve si bien les attributs objectifs du chancre qu'il en constitue un type presque parfait ; l'autre où, inversement, il perd à ce point la physionomie du chancre qu'il en devient à peu près méconnaissable. Le tableau du chancre gingival sous cette seconde forme s'applique si parfaitement à l'ulcération présentée par mon malade, que, pour la décrire, j'ai reproduit à dessein les termes mêmes dont se sert M. Fournier, désespérant d'en trouver de plus exacts.

« Il y a environ deux mois que le malade a commencé à s'apercevoir de cette ulcération, dont il ignore la cause, et à en souffrir en mangeant. C'est à peu près à la même époque qu'il a remarqué l'existence du ganglion sous-maxillaire signalé plus haut. Il a même été par trois fois consulter un médecin qui, après avoir cautérisé à l'aide de pointes de feu l'ulcération gingivale, lui a prescrit du sirop de Gibert, avant l'apparition des maux de tête et de la roséole. »

La chronologie des accidents, l'intervalle de temps écoulé entre le début apparent de l'ulcération gingivale et les manifestations cutanées, par-dessus tout l'adénopathie sous-maxillaire se présentant avec les caractères usuels du bubon satellite, telles sont les raisons qui me font admettre chez ce malade l'existence d'un chancre de la gencive, aujourd'hui en voie de guérison sous l'influence du traitement (10 centigrammes de protoiodure) auquel il est soumis depuis son entrée à l'hôpital.

(Annales de dermatologie et syphiligraphie.)

III. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHAMPIGNON DU MUGUET. (*P. Tessier.*)

Si le champignon du muguet pousse également abondant sur la gélose acidifiée ou alcalinisée, il est à remarquer que dans les milieux acides il donne exclusivement des formes de levures, tandis que dans les milieux alcalins il végète sous la forme filamenteuse. Or, comme la levure est la plus résistante, il n'est pas étonnant que l'observation clinique démontre qu'un milieu acide favorise le développement de la stomatite crémeuse.

Le développement du muguet sur la gélose acide entraîne l'alcalinisation de ce milieu, comme la levure de bière, surtout quand

l'acidification est due aux acides acétique, formique et lactique. Cette alcalinisation fait défaut avec l'acide sulfurique, et est beaucoup plus lente avec l'acide chlorhydrique. Elle est due à la formation du carbonate d'ammoniaque, et ne se produit qu'en présence de l'air.

Le champignon du muguet ne fait pas fermenter la lactose.

On obtient des abcès par injections sous-cutanées du muguet, des péritonites ou des pleurésies par injections intrapéritonéale ou pleurale chez le cobaye ou le lapin. L'injection intraveineuse du champignon chez le lapin provoque une mycose généralisée. Les formes levures paraissent avoir une activité pathogène plus grande que les formes filamenteuses.

(Arch. de méd. et *Rev. de sc. méd.)*

IV. — Traitement des adénophlegmons de l'angle de la machoire.

M. Arron formule certaines règles dont les différents points à se rappeler sont les suivants :

« Pas d'incision sur le corps du maxillaire (faciale). Pas d'incision en arrière de l'angle (carotide). Pas même d'incision sur la verticale abaissée de l'angle (facial). Celui qui incisera à 1 centimètre au-dessous du corps de la mâchoire et à 2 centimètres en avant de l'angle pourra opérer sans crainte ; il ne blessera rien. Il y a bien encore la veine faciale, mais ce n'est qu'une veine, sa blessure est innocente ; d'ailleurs, on passera à côté, en suivant scrupuleusement ce qui a été dit.

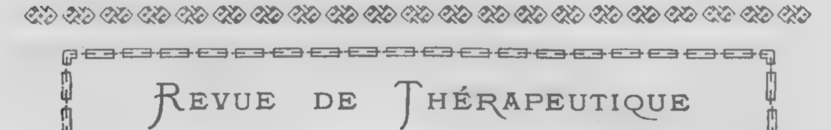
« Comment, maintenant, procéder à l'opération ? Malade couché, bien entendu, par crainte des syncopes. Tête appuyée sur un drap plié, non pas sur un oreiller, pour offrir un point d'appui solide. Face tournée du côté opposé, pour bien exposer la région, et bien laisser la carotide en arrière. Un aide maintient la position de la tête. Incision verticale à 1 centimètre au-dessous du corps maxillaire, à 2 centimètres en avant de l'angle, d'emblée jusqu'au pus, c'est-à-dire profonde de 2 centimètres environ. Il est inutile de la faire longue : une très petite voie (15 millimètres) suffit au drainage parfait. Si le pus jaillit, c'est bien. Sinon, le bistouri retiré est remplacé par la sonde cannelée, qui débride à l'aveugle, c'est possible, mais ne blesse rien. Le pis qui puisse arriver, c'est qu'il ne sorte que du sang, pas de pus ; ce pus est seulement intra-ganglionnaire, et se fera jour le soir, le lendemain. Après ouverture, un drain assez gros pour entrer à frottement, enfoncé de 2 centimètres et fixé en place par une épingle de nourrice mise en travers. C'est par ce drain qu'il sera très utile de faire, matin et soir, un lavage avec une solution de chloral à 4 pour 100, avec la petite seringue uréthrale (bouillie), par exemple. Bien entendu, pansement humide pendant les trois ou quatre premiers jours de la suppuration. Quand celle-ci commence à se tarir, on retire le drain, qui est remplacé par une petite mèche de gaze stérilisée, trempée dans le sublimé au millième. Pansement sec — à la gaze naphtolée par exemple, pour éviter l'odeur de l'iodoforme — vers le sixième ou septième jour, quand il devient difficile d'introduire même une petite mèche.

« Agissant ainsi, c'est-à-dire de bonne heure, on n'a qu'une toute petite cicatrice, dissimulée par la barbe chez l'homme, cachée par la branche de la mâchoire chez la femme.

« Pour l'anesthésie, employer la cocaïne à 1 pour 100.

« Une recommandation en terminant. La peau est rouge, très vasculaire, elle saigne beaucoup d'emblée. Il est donc bon, dès l'ouverture faite, et avant de mettre le drain, d'introduire une mèche de gaze humide, à frottement, dans la plaie. On fait un peu de compression sur la mèche avec un tampon, et on attend quelques minutes. Alors, plus rien ne saigne; on retire la mèche, on met le drain et tout est dit.

(Médecine moderne.) E. B.



L'EUCAÏNE B ; SON EMPLOI DANS LA PRATIQUE DENTAIRE.

Par MM. DUMONT et LEGRAND. (*Extrait.*)

Nous avons déjà parlé de l'eucaïne B dans le numéro de ce Recueil, de mai 1897, page 219 ; nous en avons signalé les propriétés anesthésiques, et nous avons dit que le docteur Silex l'employait dans la pratique ophtalmologique en solution à 2 pour 100.

MM. Dumont et Legrand ont entrepris l'étude de ce corps, surtout au point de vue de sa toxicité et de ses applications à l'anesthésie dentaire.

D'après MM. Dumont et Legrand, l'eucaïne B serait 3.75 fois moins toxique que la cocaïne, et 3 fois moins que l'eucaïne A.

Pour l'extirpation des dents, ils injectent, de chaque côté de la dent à extraire, un centimètre cube d'une solution de chlorhydrate d'eucaïne B à 1 pour 100. Ils attendent cinq minutes avant de faire l'extraction ; à ce moment, l'anesthésie est aussi complète qu'il est possible.

L'anesthésie par l'eucaïne B disparaît rapidement : au bout de vingt minutes, la sensibilité est totalement recouvrée.

MM. Dumont et Legrand n'ont observé de syncopes chez aucun de leurs malades, à la suite des injections de ce médicament.

(Journal de Pharmacie.)



PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES

Extrait aqueux de jusquiame..............	5 centigrammes.
Extrait de valériane......................	10 —
Chlorhydrate de morphine..............	5 milligrammes.

Pour une pilule.

Dose : 1 à 4 pilules en 24 heures.

GUTTA-PERCHA BLANCHE

Le Dr *Max Sichel* dissout la gutta-percha dans le chloroforme, puis met le tout pendant une semaine dans une solution de chlorure de chaux.

Il filtre ensuite, et expose au soleil pendant une semaine. Il obtient ainsi une belle gutta blanche très pure.

(British J. of Dent. Sc.)



Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Séance du 24 novembre 1897.

Présidence de M. de Marion, Président.

Présents : MM. de Marion, Jacowski, Stévenin, Bruel, Ronnet, Hervochon, Rollin, Paulme, Fabre.

Sans excuse : MM. Martinier et Dr Sauvez.

Les candidatures suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance :

MM. Brodhurst, chirurgien-dentiste à Montluçon. Parrains : MM. Ronnet et Paulme.

Blumenfeld, chirurgien-dentiste à Nogent-sur-Marne. Parrains : MM. Stévenin et de Marion.

Bouvet, chirurgien-dentiste à Angers, 10, chaussée Saint-Pierre. Parrains : MM. Dr Nux et Fabre.

Baudouin, chirurgien-dentiste à Mirecourt (Vosges). Parrains : MM. Papot et Chauvin.

Charles Dyssli, chirurgien-dentiste à Dreux. Parrains : MM. Stévenin et Laurent.

M. le Président rend compte des démarches faites par la Commission, auprès du ministère de la Guerre, tendant à ne faire faire qu'un an de service militaire aux étudiants en chirurgie dentaire.

Séance du 1er décembre 1897.

Présidence de M. de Marion, Président.

Présents : MM. de Marion, Stévenin, Jacowski, Bruel, Ronnet, Hervochon, Rollin, Paulme, Fabre.

Excusés : MM. Martinier et Dr Sauvez.

Les candidatures de :

MM. Brodhurst, chirurgien-dentiste à Montluçon,

Blumenfeld, chirurgien-dentiste à Nogent-sur-Marne,

Bouvet, chirurgien-dentiste à Angers,

Baudoin, chirurgien-dentiste à Mirecourt,

Charles Dyssli, chirurgien-dentiste à Dreux, sont mises aux voix, et adoptées.

Séance du 15 décembre 1897, tenue à la Mairie du IXe arrondissement.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Stévenin, Bruel, Hervochon, Jacowski, Paulme, Rollin, Ronnet, Tusseau, Guillot.

Excusé : M. Fabre.

Absent sans excuse : M. le Dr Sauvez.

Il est procédé à l'élection du bureau pour l'année 1898, et au remplacement des membres sortants.

Pour la Présidence, ont obtenu, sur neuf votants :

M. Jacowski — 5 voix. | MM. Stévenin, Paulme, 1 voix.
Tusseau — 2 voix. | 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Jacowski est élu président pour 2 ans.

Ont été nommés à l'unanimité des membres présents :

Vice-Président : M. Stévenin.

Secrétaire général : M. Bruel.

Secrétaire annuel : M. Hervochon.

Trésorier : M. Rollin.

Assemblée générale du 15 décembre 1897.

L'Assemblée générale annuelle du Syndicat a eu lieu le mercredi 15 décembre, sous la présidence de M. de Marion, à la mairie du IXe arrondissement.

L'ordre de jour comprenait, après l'allocution au président, le compte rendu des travaux du Conseil d'administration, par le secrétaire général, M. Stévenin ; le rapport du trésorier, M. Rollin, et le remplacement de six conseillers.

Le Conseil d'administration est ainsi composé pour 1898 :

MM. Jacowski, président.
Stévenin, vice-président.
Bruel, secrétaire général.
Hervochon, secrétaire adjoint.
Rollin, trésorier.
Fabre, archiviste.
De Marion, Ronnet, Paulme, Dr Sauvez, Tusseau, Guillot, conseillers.

Le lendemain, le Syndicat offrait, au Grand-Hôtel, son quatrième banquet, qui a eu l'éclat et le succès des précédents. Parmi les toasts les plus applaudis, signalons, outre ceux du président du Syndicat, M. Jacowski, et du président du banquet, M. Laurent-Cély, ceux de MM. Papot, administrateur-gérant du journal *l'Odontologie*, le Dr Queudot, président du Syndicat des dentistes patentés, Roger et Desplas, conseils judiciaires du Syndicat, et de Marion, président sortant du Syndicat.

ÉTUDES COMMERCIALES

Nous recevons de Mme l'Inspectrice de l'Enseignement commercial de la Ville de Paris, la note suivante, que nous insérons sur sa demande :

Depuis plusieurs années la Ville de Paris a institué, dans un certain nombre d'écoles communales de filles, des cours d'enseignement commercial.

Ces cours ont pour objet de former des comptables, et de donner aux

employées qui désirent compléter leur instruction, les connaissances nécessaires pour diriger avec succès une maison de commerce.

Toute élève, pour être admise, doit être âgée de 14 ans révolus, ou, si elle n'a pas atteint cet âge, produire le certificat d'études primaires.

L'enseignement est divisé en deux dg rés : degré élémentaire et degré supérieur. Les cours du degré élémentaire comprennent deux années d'études ; ceux du degré supérieur, une année ; soit, au total, trois années pour l'enseignement complet.

Des certificats sont délivrés, après un examen public, aux élèves qui justifient des connaissances inscrites au programme de chacun des deux degrés de l'enseignement commercial.

Les élèves pourvues du certificat d'études commerciales sont parfaitement en mesure de tenir une comptabilité et de faire la correspondance commerciale en français; un certain nombre d'entre elles peuvent même faire cette correspondance en anglais et en allemand. Toutes sont aptes à exercer d'une manière satisfaisante la profession de comptable.

Nous croyons rendre service à nos lecteurs en les informant qu'ils trouveront dans les Cours commerciaux de la Ville de Paris des employées intelligentes et sérieuses, capables de remplir à leur entière satisfaction l'emploi qu'ils voudront bien leur confier.

Ils pourront s'adresser, pour les demandes de comptables, à Mlle Malmanche, Inspectrice des cours d'enseignement commercial de la Ville de Paris, 23, rue d'Arcole.



CORRESPONDANCE

Paris, le 14 décembre 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez-moi de vous adresser les quelques lignes qui suivent et que je crois intéressantes pour l'*Odontologie*. Voici ce dont il s'agit :

Dans le dernier numéro (mois de décembre) de la *Revue de Stomatologie* de Bordeaux, il a paru un article ayant trait à l'enseignement de l'art dentaire en Russie. L'honorable auteur, qui est médecin de hôpitaux et qui a fait récemment un voyage à Saint-Pétersbourg, prétend qu'en Russie la France n'est pas considérée comme un lieu d'enseignement de l'art dentaire, qui mérite qu'on s'y arrête. Il est à regretter que ces renseignements n'aient été fournis à l'auteur que par une seule étudiante russe, et qu'avant de les publier l'auteur n'ait pas pensé à les vérifier à des sources plus compétentes. Ayant de nombreuses relations avec des dentistes en Russie, étant Russe moi-même, je me permets de dire à l'étudiante « interwievée » et à l'honorable auteur, qu'ils sont dans l'erreur. Durant mon dernier séjour à Odessa, en 1894, j'ai pu constater que les dentistes russes tiennent en grande estime les écoles dentaires de Paris. J'ai eu un entretien à ce sujet avec le Dr Fichinski, directeur de l'Ecole dentaire d'Odessa, et avec d'autres dentistes

en renom, et tous m'ont parlé de l'enseignement en France dans des termes très louables. Les auteurs tels que Magitot, Galippe, Andrieux, Poinsot, Dubois... ne sont pas des inconnus en Russie. Pour terminer, je n'ai qu'à ajouter ceci : le nombre respectable et toujours croissant d'étudiants et d'étudiantes russes dans les écoles dentaires de Paris, prouve bien qu'en Russie l'enseignement français est considéré, et mérite qu'on s'y arrête.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de ma parfaite considération.

G. Hirschberg,
Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Nous pouvons ajouter, d'ailleurs, que L'*Odontologie* possède en Russie de nombreux abonnés. (N. D. L. R.)

Nice, le 21 décembre 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef du journal *L'Odontologie.*

A la suite du vœu de M. Monin sur les trousses des médecins militaires, je vois que le compte rendu du dernier Congrès tenu à Paris porte que ce vœu avait été adopté pour la première fois à Nancy.

Permettez-moi de corriger cette petite erreur. Dans la séance du 18 août, au Congrès de Bordeaux, le vœu suivant, proposé par votre serviteur, avait été adopté :

« Les membres du Congrès dentaire national, réunis à Bordeaux, expriment le vœu que le nombre des instruments dentaires du service médical militaire soit augmenté, et que ces instruments soient choisis d'une façon plus moderne. »

Le Congrès de Paris a donc adopté, pour la troisième fois, un vœu considérablement élargi, mais sur la même matière.

Veuillez agréer, cher monsieur et confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

H. P. Le Monier.

Assurance contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France qui s'assureront par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud*, officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 27, *rue des Belles-Feuilles, à Passy*, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profiteront des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 0/0 à l'intéressé ;
— — 3 0/0 à la caisse de secours de l'Association.
Soit..... 10 0/0.

VARIA

UN COUPLE D'OUTRE-RHIN

Berlin, 9 octobre.

Le tribunal correctionnel de Carlsruhe vient de juger un intéressant procès de chantage dont les détails méritent d'être rapportés.

Dans le courant du mois de juillet dernier, un Français d'un certain âge, qui se trouvait à Baden-Baden, fut surpris dans un hôtel en joyeux tête-à-tête avec une jeune dame, mariée. Le mari de cette dame, un fougueux dentiste de Fribourg, se conduisit comme un Othello, et fit un tapage épouvantable.

Après avoir menacé le Français de le tuer, il lui déclara qu'il allait le dénoncer, si une compensation ne lui était pas donnée. Pour éviter le scandale, le Français se résigna à signer un billet à ordre de 50.000 francs. Dans un second écrit, il se reconnaissait coupable d'adultère.

Le Français eut cependant la bonne idée de raconter son cas à son hôtelier, qui prit des renseignements, et fit arrêter le couple de maîtres-chanteurs.

C'est pour répondre de ces faits, que le dentiste Herland et sa femme comparaissaient devant le tribunal de Carlsruhe.

Au cours de l'audience, on a révélé que le couple avait déjà pratiqué à Fribourg une scène identique de surprise conjugale, de laquelle l'amoureux ne s'était tiré qu'en payant 1,000 marks.

Le dentiste Herland a été condamné à quatre ans de prison, et sa femme à une année seulement.

(La Patrie.)

L'IDÉE QU'ON SE FAIT DES MÉDECINS DES HÔPITAUX ET DES INFIRMIERS DANS LES LYCÉES.

Exercice littéraire : « Le cordial merveilleux ».

Dans un lycée de Paris, on a donné aux élèves un « devoir de style » dont voici le sujet, tout à fait typique :

1° A l'hôpital de la Charité, un médecin, ayant besoin d'un cadavre pour faire quelques expériences médicales, le demande à l'infirmier qui lui promet le n° 46, qui, dit-il, n'a plus que deux heures à vivre. (Faire parler les deux personnes : 10 *lignes.*)

2° Cela ne fait pas l'affaire du médecin, qui doit s'absenter jusqu'au lendemain soir.

3° Un cordial, administré *in extremis* au susdit numéro, agit si heureusement, que le moribond, après un long sommeil, se réveille convalescent. Désappointement comique de l'infirmier, qui témoigne sa surprise au n° 46 ! (Dialogue : 20 *lignes.*)

4° Le lendemain, le médecin vient chercher son cadavre ; mais l'infirmier lui répond que le mourant ne s'est pas décidé à mourir. (10 *lignes.*)

Puisque messieurs les professeurs de lycée ont une pareille idée du corps médical tout entier, il ne faut pas s'étonner de voir les tribunaux acquitter les magnétiseurs ! Pauvres médecins, vous êtes vraiment à plaindre !...

(Progrès médical.)

NOUVELLES

Dans une réunion tenue chez son président, M. le Dr Lecaudey, le Comité central du Congrès dentaire national de 1898 s'est ainsi constitué :

Président : M. le Dr Queudot ;
Sécrétaire général : M. Siffre ;
Secrétaire adjoint : M. le Dr Sauvez;
Trésorier : M. Viau ;
Membres : MM. d'Argent, Martinier.

PRIX MAGITOT

Le Dr Magitot a légué sa bibliothèque à l'Académie de Médecine, et une rente de 500 francs pour fonder un prix bisannuel à décerner au meilleur ouvrage de stomatologie ou d'odontologie. Les docteurs en médecine seuls sont admis à concourir pour ce prix.

On fabrique annuellement environ quatre millions de dents artificielles aux Etats-Unis, et les dentistes de ce pays foulent environ une tonne d'or et trois fois autant d'argent et de platine dans les dents de leurs patients, pendant le même laps de temps. La valeur de ce métal s'élèverait à 5.200.000 francs.

Avec le *British Journal of Dental Science*, qui publie ces chiffres, nous nous demandons ce qu'il y a de faux dans cette nouvelle, — si ce sont les dents, ou plutôt la statistique?

E. B.

Le Dr Julius Witzel, directeur de l'Institut dentaire de l'Université de Marbourg, vient d'être nommé professeur. Son successeur n'est pas encore désigné.

Le Dr Respinger, de Bâle, vient de prendre la rédaction en chef de la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie*, en remplacement du Dr Schimer.

Un dentiste a été arrêté à Berlin et condamné à une amende, pour avoir mis sur son enseigne le titre de : *Docteur en dentisterie d'un collège américain*. Le tribunal a déclaré que la loi ne permet pas l'usage de titres dentaires étrangers en Allemagne.

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses, que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

RÉPONSE

N° 44. — Dans le seul but d'une bonne confraternité, à la question : « *Quel est l'amalgame qui ne noircit pas, ou presque pas, la dent ?* » posée par un de nos confrères d'Italie, nous répondons sans hésiter : c'est l'amalgame « EURÊKA » qualité extra, inventé et fabriqué par M. LAJOANIO, de Bayonne, ingénieur-chimiste diplômé avec le n° 1 de la Faculté de Bordeaux, et médaillé.

Trois années d'expériences et d'observations suivies sur nos clients nous ont donné les preuves certaines de ses bonnes et solides qualités. Pour nous, cet amalgame, bien appliqué dans une cavité dentaire préparée *ad hoc*, est sans retrait, ni dilatation, ni oxydation. Par suite, il ne saurait noircir la dent.

A l'appui de notre opinion nous pouvons citer celle qu'a eu l'occasion de nous exprimer notre confrère Crane, de Paris, pour lequel l'amalgame « EURÊKA » est le meilleur de tous ceux qu'il a connus.

D'après nos renseignements, ce produit est, du reste, déjà en faveur parmi plusieurs des principaux dentistes de la capitale.

CANTERO,
Chirurgien-Dentiste à Bayonne.

N. B. — On le trouve à Bayonne, chez l'inventeur et chez les principaux fournisseurs pour dentistes.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 20 juillet 1897.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bioux, Bonnard, Lemerle, Martinier, de Marion, Monnet, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin, Viau.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon annonce le décès de Mme Pinet mère, aux obsèques de laquelle M. Bonnard représentait le Conseil, qui avait offert une couronne.

Le Conseil renouvelle ses compliments de condoléance à M. le Dr Pinet.

M. Martinier donne lecture de la nomenclature des lettres adressées à l'École depuis la dernière réunion du Conseil, et des réponses qui y ont été faites.

Renvoi au jury du concours, d'une demande de M. F..., tendant à participer au concours de chef de clinique.

Il est décidé, après discussion, que le Bureau du Conseil adressera au

président du Congrès de Moscou une protestation formulant les raisons de l'abstention de l'Ecole de participer à ce Congrès, et demandant que les chirurgiens-dentistes français diplômés de la Faculté de Médecine soient admis dans la section d'odontologie aux mêmes titres et dans les mêmes conditions que les docteurs en médecine.

Lecture par *M. Bonnard* d'un rapport sur les mesures à prendre pour compléter le corps enseignant, et d'un rapport sur divers concours à ouvrir à cet effet.

Adoption des règlements des concours pour 3 postes de démonstrateurs de dentisterie opératoire, 3 postes de démonstrateurs de prothèse, 1 poste de professeur suppléant de pathologie générale.

Suppression du concours pour un poste de professeur suppléant de thérapeutique spéciale, jusqu'à la titularisation du professeur suppléant actuel.

Ajournement, pour supplément d'études, du règlement du concours relatif à l'anesthésie.

Adoption du règlement du concours de chefs de clinique. Les règlements des deux concours seront annoncés en même temps.

Il est décidé que les diverses commissions se réuniront, sauf les cas d'urgence, après 5 heures et demie du soir en été, après 8 heures en hiver.

Lecture, par *M. Richard-Chauvin*, d'une proposition et d'un rapport de *M. Joseph*, tendant à la création d'un laboratoire d'histologie.

Prise en considération de la proposition, et renvoi de celle-ci à la commission d'enseignement.

Renvoi au conseil de famille, des demandes d'admission de MM. Baudelot (Paris) et Carrié (Toulouse).

M. Papot donne lecture du rapport de la commission des examens, concluant à l'admission des élèves qui ont eu le nombre de points minimum en 1re, 2e et 3e années. (Adopté.)

La séance est levée à minuit et quart.

Le secrétaire général,
P. MARTINIER.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de l'**Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec l'*Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à l'*Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

On nous demande souvent si nous ne possédons pas une liste complète de tous les dentistes exerçant en France ou dans les pays voisins. Nous serions tout disposés à entreprendre la confection de ce travail, si tous nos lecteurs voulaient bien nous y aider. Pour cela il faudrait qu'ils voulussent bien adresser à l'Administrateur de *l'Odontologie* leur carte de visite ou, à défaut, une petite note contenant les détails nécessaires : nom. prénoms, grades, heures de consultations, indication des villes où ils se rendent périodiquement, adresses, etc.

18e ANNÉE. N° 2. 30 JANVIER 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 48 pages, soit 8 en supplément ; il donne en plus 1 planche tirée hors texte.

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN.

LE 4e VOEU DU CONGRÈS DE PARIS.

LA RÉFORME DU 3e EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

Les quatorze ou quinze vœux qui ont été adoptés à la dernière séance du Congrès de Paris, avec mission pour le nouveau Bureau d'en poursuivre la réalisation près des pouvoirs publics, représentent, à peu de choses près, l'ensemble des principales revendications des chirurgiens-dentistes de France.

Parmi ces vœux quelques-uns ont déjà été étudiés dans ce journal et présentés par nous aux pouvoirs publics compétents, tels que ceux relatifs à la situation des chirurgiens-dentistes quant au service militaire, à la nomination de dentistes dans les établissements de l'Assistance publique de Paris, etc.

Il est un vœu qui m'intéresse plus particulièrement, non seulement parce que j'en suis l'auteur, mais aussi parce qu'il m'a paru répondre aux préoccupations d'un grand nombre de nos confrères, qu'il a inspiré déjà plusieurs articles dans ce journal, et fait l'objet de nombreuses démarches et pétitions de la part de quelques-unes de nos Sociétés professionnelles.

On ne peut espérer avant longtemps apporter quelque changement à la loi du 30 novembre 1892, régissant l'exercice de l'art dentaire en France, parce qu'une loi ne se modifie que par le Parlement (Chambre des députés et Sénat), ce qui est très long. Il faut donc la subir, qu'elle nous plaise ou nous déplaise, tout en en tirant le meilleur parti possible.

Il suffit, au contraire, par exemple, d'une délibération du Conseil

supérieur de l'instruction publique, approuvée par le ministre, pour modifier le décret réglant les conditions d'études et d'examens des élèves-chirurgiens-dentistes.

Les études proprement dites ne sont pas actuellement en cause. Quant aux examens, le 1er et le 2e ne soulèvent plus les critiques qui se sont produites aux premières sessions par suite du programme très étendu des questions que posaient les examinateurs sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, etc.; les honorables professeurs de la Faculté ont compris depuis que les candidats qu'ils ont à examiner ne sont pas des étudiants en médecine, mais des élèves-chirurgiens-dentistes, qu'il y a lieu par suite de limiter leurs questions au domaine spécial du dentiste. L'entrée de nos élèves à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux a contribué déjà beaucoup, en ce qui concerne l'anatomie, à ce résultat, qui, à part quelques exceptions de plus en plus rares, nous donne à peu près satisfaction.

Nous n'en dirons pas de même du 3e examen. C'est sur lui que portent en ce moment toutes les critiques, toutes les protestations — et elles sont nombreuses, de la part des examinés et même des examinateurs, des chirurgiens-dentistes, ainsi que des professeurs de la Faculté. On a vu, dans un récent article que nous adressait un des candidats, que cet examen qui devait être composé d'épreuves pratiques, démontrant la capacité du candidat à l'exercice de la profession de dentiste, est loin de répondre à son but.

Deux docteurs en médecine qui n'ont jamais subi aucun examen dentaire, présidés par un professeur de la Faculté de Médecine qui par ses études est la plupart du temps assez étranger à notre art, comme il le déclare le plus souvent lui-même au début de l'examen, se contentent d'adresser aux candidats quelques interrogations sur les maladies de la bouche, reproduction du 2e examen ; dans quelques jurys on y ajoute quelquefois des questions du domaine du 1er examen sur l'anatomie ou la physiologie..... du pylore par exemple, comme cela a eu lieu pour notre correspondant[1] ; quant à l'épreuve pratique proprement dite, elle se borne, paraît-il, le plus souvent, car cela se passe à huis clos à une simple extraction, qui n'est pas toujours demandée à tous les candidats, faute de malades. Cela ne rappelle-t-il pas un peu l'examen de dentiste que l'on pratiquait en Belgique il y a quelques années, et dont le Dr Quinet nous fournit un si amusant récit ? [2]

Ce 3e examen ainsi organisé n'est pas conforme à l'esprit de la loi, il ne démontre nullement la capacité du candidat comme dentiste, et est de nature à discréditer le nouveau diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste dans l'esprit public.

Dans presques toutes les écoles dentaires du monde, les épreuves pratiques des examens se composent d'épreuves nombreuses demandant un temps considérable, plusieurs jours, souvent près d'un

---

1. V. *Odontologie*, décembre 1897.
2. *Revue odontologique de Belgique*.

mois ; en effet, il faut que le candidat prouve qu'il sait *pratiquer* le traitement des dents cariées et de leurs complications (3e et 4e degrés), les principales méthodes d'obturation et d'aurification, l'extraction des dents avec l'emploi des agents anesthésiques, les travaux de prothèse qu'il peut être appelé à faire plus tard, tels que la préparation de la bouche, l'articulation et la pose des appareils dentaires, les restaurations buccales, les redressements, etc.

Je sais bien que tout cela exige un grand nombre de séances, un mois environ à l'Ecole dentaire de Paris [1], beaucoup de malades, par suite une installation complète de dispensaire dentaire avec services de consultations, salle de dentisterie, laboratoire de prothèse, etc.

Je sais aussi que les examinateurs actuels du 3e examen ne peuvent réaliser ces diverses conditions avec l'installation rudimentaire des simples services de consultation des hôpitaux, le nombre restreint des malades, l'insuffisance du personnel et le peu de temps dont ils disposent (deux heures).

Mais alors le candidat, après un examen pratique aussi restreint, a prouvé à peine qu'il était un arracheur de dents, tel qu'on le comprenait peut-être au siècle dernier, non un chirurgien-dentiste tel que les progrès de l'art dentaire l'obligent d'être aujourd'hui, bon *aurificateur*, bon thérapeute des dents, bon *prothésiste*.

Le 3e examen est donc organisé d'une manière défectueuse et insuffisante; de plus, il n'est pas à sa place.

En effet, l'étudiant chirurgien-dentiste ayant terminé ses études dans une école dentaire, pris ses douze inscriptions, a subi, avant de quitter la dite école, un examen technique complet, prouvant qu'il était apte à exercer. Il doit maintenant, pour obtenir le diplôme qui lui donnera le droit d'exercer, subir devant la Faculté de médecine un examen définitif. Or, les professeurs de la Faculté, dans les 1er et 2e examens, s'assurent, conformément à la loi, que le candidat a en médecine et en chirurgie un minimum suffisant de connaissances pour ne pas être un danger pour le public, et notamment qu'il connaît l'antisepsie et l'anesthésie générale, etc. Mais lorsque les professeurs de la Faculté l'ont admis et reconnu digne du diplôme, il semble que cela devrait être suffisant. Pas du tout, il faut encore que les dentistes ou prétendus tels viennent à leur tour donner leur avis dans un 3e et dernier examen, pour que le jugement des professeurs ait de la valeur et qu'on autorise la délivrance du dit diplôme.

Le dernier mot devrait en cette circonstance, à notre avis, appartenir aux professeurs de la Faculté et non aux dentistes ; l'examen technique devrait être subi non le 3e, mais le 1er, comme cela se passe à l'École dentaire de Paris et dans presque tous les établissements similaires, comme cela se passe du reste à la Faculté de médecine pour le 2e et le 3e examen de doctorat. Les épreuves pratiques sont les premières subies, elles sont éliminatoires.

---

1. Voir programme des examens.

Pour ces diverses raisons, il nous a semblé qu'il y avait lieu de réformer le troisième examen de chirurgien.

Parmi les modifications que nous demandons, la dernière — transformation du troisième examen en premier examen — paraît assez facile à obtenir; mais il n'en est pas de même de celles qui touchent à l'organisation même du dit examen.

Elles nécessiteraient, comme nous l'avons dit plus haut, une organisation spéciale et complète de dispensaire dentaire, avec de nombreux fauteuils, beaucoup de malades, un personnel suffisant de professeurs et de surveillants, toutes choses qu'il est difficile d'obtenir en ce moment; aussi est-il plus simple, au moins pour une période transitoire de quelques années et à titre d'essai, d'étendre à tous les *élèves diplômés des écoles dentaires la décision du* 25 *juillet* 1893 *applicable aux diplômés des écoles dentaires françaises au* 1er *novembre* 1893 *et les dispensant du troisième examen.*

Il me semble inutile de développer à nouveau les avantages de cette solution qui fait l'objet du quatrième vœu adopté par le Congrès de Paris. Ils se résument ainsi :

L'examen technique, si complet, que subissent les élèves dans les écoles dentaires depuis dix-huit années et auquel est due la valeur professionnelle de leur diplôme, remplacerait pour les diplômés des écoles le troisième examen aujourd'hui si critiqué, sans nécessiter ni organisation ni dépenses nouvelles. Le candidat, muni ainsi du certificat d'études dentaires justifiant qu'il connaît son métier, se présenterait ensuite devant le jury de la Faculté de médecine, pour faire preuve des connaissances médicales que la loi a reconnues maintenant nécessaires au nouveau chirurgien-dentiste.

Ainsi le certificat d'études délivré par les écoles dentaires deviendrait réellement la sanction des études techniques faites dans ces établissements et la preuve des connaissances pratiques du candidat; la Faculté de médecine serait débarrassée de l'organisation difficile d'un examen insuffisant et dont tout le monde reconnaît aujourd'hui le côté ridicule.

Enfin les professeurs de la Faculté auraient un rôle digne de leur haute situation officielle dans les deux derniers examens définitifs (anatomie et physiologie ; pathologie et thérapeutique), puisqu'ils auraient ainsi, comme le veut la loi, le dernier mot avant le Ministre, pour accorder ou refuser au nom de l'Etat le diplôme officiel de chirurgien-dentiste.

Ch. Godon.

Travaux Originaux

DE L'EMPLOI DU BROMURE D'ÉTHYLE COMME ANESTHÉSIQUE DANS LES CAS D'EXTRACTIONS MULTIPLES.

Par M. le Dr Pitsch.

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 14 décembre* 1897.)

Avant d'aborder le fond de notre sujet, qu'on nous permette de rapporter une observation typique, qui fera bien ressortir les avantages que nous pouvons retirer du bromure d'éthyle dans les cas d'extractions multiples.

Mme X..., d'Alger, 33 ans, trois enfants, souffre des dents depuis son premier enfant, qu'elle a eu à 20 ans. Sa mère adoptive vient nous voir préalablement pour nous prévenir que nous aurons affaire à une malade extrêmement nerveuse, qui a déjà vu, depuis quinze jours qu'elle est à Paris, trois dentistes, lesquels ont refusé de la soigner, à cause de sa trop grande sensibilité. Cette dame nous prie donc d'user de la plus grande douceur afin de ne pas effrayer la malade.

A l'examen superficiel de la bouche, nous constatons que toutes les dents de la mâchoire supérieure, sauf une, sont absentes ou réduites à l'état de chicots, pour la plupart recouverts par la gencive, très tuméfiée. A la mâchoire inférieure encore quelques chicots, et enfin les deuxièmes grosses molaires droite et gauche profondément cariées font *atrocement* souffrir la malade.

Nous prenons une curette et nous grattons légèrement *l'émail* d'une de ces dents. La malade accuse une très grande douleur. Après avoir calmé notre patiente, nous tentons un curettage très superficiel de la cavité, afin d'éviter la pulpe. Nous renonçons bien vite à notre projet qui, avec une telle malade, est réellement inexécutable. Après un pansement au phénol nous prenons un autre rendez-vous.

Voici donc une malade qui souffre depuis treize ans, qui a eu trois enfants qu'elle a nourris tous les trois, tout en ne pouvant satisfaire sa faim à cause de ses douleurs dentaires, qui sont continuelles. Elle a depuis longtemps pris le parti de se nourrir de bouillie, et encore n'évite-t-elle pas toujours les douleurs par ce moyen. Il y a longtemps aussi qu'elle se plaint de l'estomac. Aussi est-elle pâle, très anémiée, s'habille sans goût, et assure que ses enfants seuls l'empêchent de se suicider.

Après avoir prévenu la mère adoptive, qui nous encourage dans cette voie, nous n'hésitons pas à proposer à la malade de l'en-

dormir au bromure, pour la débarrasser de toutes ses mauvaises dents en une seule fois.

A notre grand étonnement,elle accepte presque immédiatement. Nous avons même, une fois l'opération décidée, à combattre son empressement, car nous voulons attendre l'autorisation du mari, resté à Alger et qui ne peut se déplacer.

Nous ne donnerons pas le détail de l'opération, qui sera décrite plus loin d'une façon plus générale. Qu'il nous suffise d'ajouter que, pendant l'anesthésie, nous lui avons extrait vingt et un chicots (tant chicots que dents non encore complètement découronnées).

Trois mois après, la malade repartait à Alger, fraîche et grasse, véritablement transformée dans sa santé comme dans son costume, car elle est maintenant mise comme une femme qui revient à la vie et reprend ses droits.

Un mois avant son départ, nous lui avons confectionné une pièce d'attente pour la mâchoire supérieure.

Examinons, à propos de cette malade, les moyens à notre disposition pour faire ces extractions multiples, car il est bien entendu que, pour ce cas, comme pour les cas analogues, il ne saurait être question d'un autre traitement.

Nous ne parlerons que pour mémoire du *protoxyde d'azote*, qui donne un sommeil trop court ne pouvant être prolongé, permettant d'extraire seulement une ou deux dents (encore faut-il avoir affaire à des cas non compliqués). Si l'on a un grand nombre d'extractions à pratiquer, il faudra donc remettre la suite de l'opération à une ou plusieurs autres séances, si la malade veut bien se décider à une nouvelle narcose ; et nous savons par expérience qu'on ne décide pas facilement un patient à se laisser endormir plusieurs fois, surtout à des intervalles rapprochés.

Autre moyen : l'*anestile* et les autres réfrigérants (chloréthyle, etc., etc.). Ce moyen, un des meilleurs et des plus inoffensifs que nous ayons à notre disposition, n'est pas praticable dans tous les cas. Les gens nerveux s'y prêtent mal quand le nombre des chicots à enlever est considérable. De plus, il est difficile à employer pour les dents douloureuses au froid, malgré l'usage de la cire et des coiffes de caoutchouc. Enfin, il n'est pas très pratique pour les extractions à la mâchoire inférieure, à cause de la salive qui s'accumule dans les parties déclives de la bouche.

La *cocaïne* et l'*eucaïne*, qui rendent de si grands services au spécialiste quand il ne s'agit que d'un nombre restreint de chicots, ne sont guère applicables quand ceux-ci sont en grand nombre, sous peine de cocaïniser ou d'eucaïniser le malade ou de mettre un temps trop long pour pratiquer toutes les extractions. Et nous savons qu'en nous plaçant au point de vue de la prothèse, nous avons grand avantage à pratiquer les extractions nécessaires le plus rapidement possible.

Qu'on nous permette d'ailleurs une remarque à propos de la cocaïne. Lorsque nous venons de pratiquer une avulsion à l'aide

de cet agent, nous sommes obligés, vu l'insuffisance de nos appartements, de renvoyer notre malade chez lui presque immédiatement. Interrogez ensuite ces malades et vous verrez que beaucoup avoueront avoir ressenti dans les jambes, une fois dans la rue, des faiblesses qui les forcent à s'asseoir sur le prochain banc et à y demeurer parfois assez longtemps. C'est là, nous le voulons bien, un petit inconvénient ; mais il est ennuyeux, et effraye le malade pour une autre fois. Il est évident que nous l'éviterions si, suivant le conseil de M. Reclus, nous laissions nos opérés étendus trois ou quatre heures après l'opération. Mais en trouverons-nous beaucoup qui consentiront à perdre quatre ou cinq heures pour se faire extraire un chicot insignifiant comme grosseur, et le plus souvent indolore ?

Autres agents d'anesthésie : le *chloroforme* et *l'éther*. Avec ces agents il faut opérer le malade couché et chez lui : difficultés pour l'opérateur, à cause de la position couchée, à laquelle nous ne sommes pas habitués, et du mauvais éclairage.

Surtout avec le chloroforme : syncope possible, mortelle quelquefois ; vomissements post-opératoires presque constants. Avec l'éther : congestions pulmonaires fréquentes. Ces multiples et graves inconvénients nous feront réserver ces anesthésiques pour les opérations longues, qui sont du ressort de la grande chirurgie plutôt que de notre spécialité.

Reste maintenant à étudier le *bromure d'éthyle* (éther bromhydrique, brométhyle) Laissons de côté les propriétés physiques et chimiques, pour nous occuper du procédé d'anesthésie.

Le malade sera à jeûn, pour éviter des vomissements possibles. (Nous avons néanmoins endormi d'urgence des malades non à jeûn, sans qu'il se produise aucun vomissement). On le fait asseoir sur le fauteuil, les pieds rapprochés. Un aide place les mains à l'extrémité des appui-bras du fauteuil, et prend *sans serrer*, dans chacune de ses mains, le poignet et l'appui-bras, de façon à n'avoir qu'à appuyer légèrement pour fixer le poignet au fauteuil en cas d'excitation. On prie ensuite le malade d'ouvrir la bouche et on le fait mordre sur un coin de caoutchouc portant deux rainures pour empêcher le déplacement. Ce coin est muni d'une ficelle qui sort de la bouche et qu'on surveille quand le masque est placé sur la face, pour éviter la déglutition possible du coin.

Nous employons un masque en nid de pigeon, recouvert en flanelle lâche, *mais jamais une compresse*. Ce masque, très facile à fabriquer soi-même, doit être assez grand pour recouvrir le nez et le menton, le coin étant en place. Pour les enfants, on peut se servir d'un masque plus petit.

L'aide qui donne le bromure, placé derrière et un peu à gauche du malade, lui montre d'abord le masque, sur lequel il lui recommande de souffler cinq ou six fois largement. Ce masque doit être tenu de la main gauche par sa grosse extrémité. Dans sa main droite l'aide tient l'ampoule ou le flacon de bromure. Il verse

alors le liquide sur la flanelle non pas *par gouttes, mais à plein goulot*, jusqu'à ce que quelques gouttes viennent sourdre à la partie inférieure, le masque étant tenu droit. A ce moment, il l'applique fortement sur la face du patient, de façon à obturer autant qu'il est possible l'entrée de l'air. (Il est bon d'essayer le masque préalablement et d'en déformer au besoin la carcasse, pour que l'application soit parfaite.) Les deux ou trois derniers doigts de la main gauche doivent prendre le menton en dessous, de façon à éviter le déplacement du masque, en cas d'agitation possible de la tête, qui peut être par ce moyen fortement appliquée contre la têtière, si besoin est.

Presque immédiatement la face du patient devient rouge, vultueuse, les yeux sont grands ouverts, les conjonctives injectées. Si les cinq ou six inspirations volontaires ont été profondes, la respiration *cesse bientôt.* Cette période d'apnée correspond à une période de contracture. Nous dirons immédiatement, pour y revenir plusieurs fois, tant la chose est importante, *qu'à moins de n'avoir à pratiquer qu'une opération insignifiante comme durée et difficulté*, il ne faut pas s'en tenir à cette ébauche d'anesthésie (dose apsychique). La moindre douleur réveillera le patient, il se produira de l'excitation qu'il sera ensuite très difficile de calmer par de nouvelles inspirations du médicament. C'est certainement pour avoir opéré à ce moment qu'on doit attribuer le discrédit jeté par quelques chirurgiens sur le bromure d'éthyle.

Il faut donc, au moment où la respiration cesse, maintenir le masque en place, et y verser une nouvelle dose de médicament. Au bout d'un temps très court, le malade recommence à respirer plus profondément qu'au début, et le masque, resté intact pendant l'apnée, se recouvre de vapeurs, dues à l'évaporation de l'éther.

Après quelques inspirations le malade s'affaisse complètement sur lui-même, tous les muscles se détendent.

A ce moment, l'opérateur peut commencer, car l'anesthésie va durer trois ou quatre minutes. Supposons qu'il ait à faire des extractions multiples; c'est le cas le plus ordinaire, comme c'est d'ailleurs l'opération la plus difficile. Il aura placé le coin à droite pour opérer d'abord à gauche. Il commencera par la mâchoire inférieure pour être moins gêné *par le sang et la salive qui se produisent en grande quantité* : le bromure excite les glandes salivaires et d'autre part congestionne la face, d'où hémorragie plus abondante qu'avec des extractions pratiquées par tout autre procédé.

Les extractions à la mâchoire inférieure terminées, l'opérateur change de davier et s'occupe de la mâchoire supérieure. Ceci fait, l'aide qui tenait les poignets au début de l'opération, place à droite l'ouvre-bouche de Colin, que je vous présente.

L'opérateur enlève le coin de caoutchouc placé à droite et opère à droite, en commençant toujours par la mâchoire inférieure.

L'opération terminée, on enlève l'ouvre-bouche et on attend le réveil, qui ne tarde pas à se produire. Le patient s'agite, ses yeux deviennent moins hagards, sa face se décolore, et le plus souvent

il répond aux questions qui lui sont adressées, mais il n'est pas complètement réveillé. Le réveil complet est annoncé par le changement du facies, qui redevient *expressif*.

A ce moment, tout est fini; nous voulons dire que, sauf pour les gens très nerveux, brisés par l'émotion antérieure, le patient peut pour ainsi dire reprendre immédiatement ses occupations.

Nous avons dit plus haut que le bromure donné par la méthode que nous préconisons donne une anesthésie de trois à quatre minutes. Mais si au bout de ce temps l'opération n'est pas terminée, rien n'empêche d'administrer une ou plusieurs nouvelles doses d'anesthésique, car l'anesthésie par ce procédé peut être prolongée pendant une dizaine de minutes. Tout au moins nous n'avons jamais vu dépasser ce temps. D'autre part, nous avons avons enlevé souvent en une seule séance un nombre de chicots dépassant dix (une fois 24), sans avoir à maintenir notre patient endormi pendant un temps aussi long.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que la dose de bromure employée n'a aucune importance, pas plus que le temps pendant lequel le masque reste sur la face; ce qu'il faut, c'est endormir son malade (Sarremone).

Nous recommandons aussi de ne pas attendre que le patient se soit déjà agité fortement, pour lui donner une nouvelle dose de médicament. A certains signes d'agitation très légère, on reconnaît qu'il va se réveiller ; c'est alors qu'il faut replacer le masque bien imprégné de liquide, toujours sans s'inquiéter de la dose.

Avec le bromure d'éthyle les vomissements sont extrêmement rares. Il y a cependant un cas où ils se produisent presque inévitablement; c'est celui où il y a eu ingurgitation de sang. Il est exceptionnel que dans ce cas le sang absorbé ne soit pas vomi immédiatement ou dans la demi-heure qui suit l'opération.

Il est bon de prévenir le malade et son entourage que, pendant deux ou trois jours, son haleine sera désagréable, ce qui pourrait l'inquiéter lui et ses proches. Cela tient à ce que le bromure s'élimine principalement par les poumons, à l'état de sous-produits.

Etant donné ce que nous venons d'avancer, le bromure d'éthyle nous paraît être l'anesthésique de choix pour les opérations de peu de durée dans la bouche, et en particulier pour les cas d'extractions multiples. En effet, voici un anesthésique qui nous permet d'enlever en une seule séance un grand nombre de chicots (21 et même 24). L'opération se fait dans notre cabinet, le patient étant assis, position très favorable pour nous, qui avons l'habitude d'opérer dans cette posture. L'opération terminée, le patient peut à la rigueur reprendre ses occupations, car il est exceptionnel qu'il persiste un peu de lourdeur de tête.

Quant aux dangers d'accidents, ils sont infiniment moindres avec cet agent qu'avec tout autre. Pour notre part, nous n'avons jamais eu la moindre alerte depuis cinq ans que nous l'employons. Outre notre expérience personnelle, nous l'avons vu maintes fois administrer à la clinique des Drs Lubet-Barbon et Alfred Martin. Le

Dr Sarremone, leur élève et collaborateur, a même décrit cette méthode d'anesthésie dans les *Archives de laryngologie*.

Si quelquefois nous avons été gêné par l'excitation du patient, c'est que nous nous étions écarté des règles que nous avons données.

Une des plus grosses fautes consiste à laisser réveiller à demi son malade, pour lui donner une nouvelle dose de bromure. L'excitation dans ce cas est souvent difficile à calmer, et si une ou plusieurs dents ont déjà été extaites, l'hémorragie continuant, le sang est une grande gêne pour la suite de l'opération.

Mais surtout, et nous insisterons sur ce point, ce qu'il ne faut à aucun prix, c'est opérer pendant la période d'apnée du début. Agir ainsi, c'est s'exposer au réveil immédiat de son patient et courir les chances d'une anesthésie mouvementée et peut-être d'un échec.

Nous avons dit que l'anesthésie peut être continuée pendant dix minutes : ce temps nous semble plus que suffisant pour dégarnir complètement une bouche si besoin est, mais toujours à cette condition d'avoir une narcose complète, profonde, condition qui nous paraît indispensable pour opérer sûrement dans la bouche où le sang aveugle rapidement, le bromure facilitant l'hémorragie d'une part, et d'autre part le malade ne pouvant cracher.

Encore une recommandation : n'alimenter les malades que cinq ou six heures après l'opération, et les nourrir les premiers jours suivants avec du bouillon dans lequel on aura mélangé deux ou trois œufs et de la viande grillée, hachée. Pas de vin *rouge*, ils le trouvent détestable, tant que la mauvaise haleine due au bromure persiste.

L'ÉMAIL FUSIBLE EN ART DENTAIRE. SON HISTOIRE.

Par M. Léger Dorez.

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 14 décembre 1897.)

Ayant entrepris de créer la technique et de vulgariser l'emploi de l'émail fusible en matière d'obturations dentaires, nous avons cru utile de rechercher et de grouper tous les travaux exécutés en ce sens, et en quelque sorte de rétablir l'histoire de l'adaptation des pièces ajustées, dans l'obturation des dents humaines, ce qui permettra de suivre pas à pas les progrès faits dans ce genre, et de rendre à tous les praticiens qui y ont contribué un hommage digne de leurs travaux.

Au milieu du nombre incalculable de procédés d'obturation que nous avons rencontrés, aurifications, amalgames, ciments, dont les auteurs se sont montrés et se montrent encore les défenseurs intraitables, parmi les nombreuses combinaisons, heureuses ou malheureuses, et les recherches faites pour trouver la solution du problème d'une bonne matière à obturation, tous les auteurs s'acharnaient

sur les obturations malléables et personne ne songeait à l'apposition de pièces rapportées ; on discutait, on modifiait les procédés, en tournant autour de la question, on bouchait les cavités avec frénésie ; mais l'esthétique était très négligée.

Ce n'est réellement que vers l'année 1879 que nous rencontrons l'article d'un dentiste qui daigne s'occuper et formuler un *desideratum* au sujet d'une obturation pratique, et qui se rapproche de l'esthétique.

En effet, c'est dans un discours du président Spence Bate [1] à l'Association des comités occidentaux de l'Angleterre, que nous trouvons cette intention, ce *desideratum*, au moment où il préconisait lui-même comme obturation délicate l'application de la gutta de Jacob.

Voici ce qu'il dit :

« La gutta-percha a encore l'avantage d'être un mauvais con-
» ducteur de la chaleur ; malheureusement elle a l'inconvénient de
» céder à une pression continue...

« Et jusqu'à ce qu'on ait trouvé une substance translucide,
» capable de remplir toutes les conditions requises pour une obtu-
» ration parfaite, je ne crois que la gutta... »

C'était le cri d'alarme, cri d'alarme qui a vite trouvé de l'écho auprès d'un dentiste bien connu de tous, je veux parler de M. le Dr Martin [2], de Lyon, et à l'appui de ce dire je citerai textuellement une lettre de lui, adressée en 1880 au *Progrès dentaire*. Mais je le laisse parler :

« Si les fabricants consentaient à nous fournir des sections de
» dents minérales, on arriverait à restaurer l'organe de la dent
» naturelle d'une manière plus parfaite qu'on ne l'a encore fait
» jusqu'ici. Telle est l'opinion que j'ai trouvée émise dans une note
» du *Progrès dentaire* sous forme de renvoi au discours de l'année
» dernière de M. Spence Bate, président de l'Association den-
» taire, etc...

« Partant d'un autre idée, il y a quatre en cinq ans, j'ai fait
» quelques essais. Voyant avec quelle facilité on peut, avec la ma-
» chine à fraiser, donner à la carie une forme unique (à quelques
» exceptions près) je me suis demandé si, en adoptant la forme ronde,
» qui est la plus facile, on ne pourrait pas boucher un trou rond
» avec une matière à laquelle on donnerait la même forme. A cette époque je m'occupais beaucoup de céramique pour la prothèse nasale ; il me fut possible de faire quelques petits bâtons avec cette matière et d'essayer. Les résultats que j'obtins furent très satisfaisants ; mais pour qu'ils eussent été parfaits il m'eût fallu des bâtons ronds, etc., etc. ».

Ici je m'arrête un moment, pour vous signaler qu'en 1876 j'ai souvent entendu raconter par M. E. Felumb, de Norvège, qu'à une date antérieure, c'est-à-dire quelques années avant 1876, il

---

1. *Progrès dentaire*, p. 282-294, année 1879, août.
2. *Progrès dentaire*, p. 355, année 1880.

avait reconstitué des parties d'incisives avec des pièces d'émail animal, et des molaires avec des sections de vieilles dents artificielles auxquelles il laissait des crampons. Cela n'enlève du reste rien au mérite de l'idée de M. Martin de Lyon, car en somme c'est vraiment lui, sur l'idée de M. Spence Bate, qui fabriqua des bâtons d'émail pour l'obturation des dents, le premier.

Vers 1880, je me souviens d'avoir assisté à une expérience de M. Emile Boivin qui, à cette date, faisait également des bâtons d'émail de continuous gum pour obturer les dents ; malheureusement ces praticiens n'ont pas laissé aussi trace de leurs essais.

Parmi les travaux et tentatives sur l'obturation de porcelaine, ici se place — et je n'aurais garde de l'oublier — une communication de M. Richard-Chauvin [1] qui, classée par rang d'âge, occupe la troisième place dans les idées et essais d'adaptation de blocs ou sections de fausses dents. C'est un essai caractéristique de l'idée de Martin de Lyon; néanmoins nous le citerons tout au long. Le voici :

« Voilà plusieurs mois que j'ai mis en pratique l'idée qui m'était venue d'appliquer aux dents cariées des fragments de dents artificielles, sinon pour garnir entièrement la cavité, du moins pour former la partie apparente de l'obturation. Depuis mon premier essai, je n'ai cessé de saisir toutes les occasions favorables à l'application de ce mode d'obturation, afin de me rendre un compte exact des avantages, comme aussi des inconvénients et des difficultés que présente ce travail. Certes, le temps que j'ai consacré à ces obturations est bien court, puisque la première obturation que j'ai faite ainsi remonte au mois de mai 1879 ; cependant le succès de cette opération ne s'est pas démenti, et, malgré quelques insuccès, j'ai obtenu des résultats satisfaisants, etc., etc. ».

Suit le détail technique du mode de fixation du bloc pour lequel M. Chauvin employait alors l'amalgame ou le ciment en usage.

Jusqu'ici nous n'avons encore parlé que des obturations avec sections d'émail naturel ou sections de dents artificielles ; ce n'est guère que sept ans plus tard, de 1880 à 1887, que nous apprenons par une traduction de Michel Zankoff [2], un procédé d'émaillage de plaques de platine des plus intéressants préconisé par M. Laud.

Laissons du reste à l'auteur le soin de nous renseigner sur son ingénieux procédé :

« Je brunis à l'intérieur des cavités une feuille de platine mince, et cela donne une impression parfaite. Le surplus enlevé, je soude à l'or fin des crampons qui traversent la plaque et forment des points d'attache de l'émail sur la plaque du morceau reconstitué dans la dent. Puis je bâtis et je modèle le coin de la dent à remplacer par une pâte à porcelaine, comme la forme et la nuance l'exigent ; on fixe ensuite avec du ciment. Ce procédé a l'avantage de se fixer

---

1. *Bulletin du Cercle des dentistes*, 1er février, 1890.
2. *Bulletin de thérapeutique*, cité par l'*Odontologie*, 1887, p. 292.

plus facilement que les morceaux de dents minérales, et demande des sacrifices de tissus sains moins étendus qu'avec ceux-ci. »

Voilà, n'est-ce pas, un procédé qui se rapproche considérablement de ce que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui ? Les points différentiels sont seulement qu'au lieu de fixer des crampons au platine comme M. Laud l'a fait, pour retenir l'émail et le maintenir dans la dent, ce qui devait enlever forcément toute transparence, nous retirons la cupule qui lui a servi de moule pour cuire notre émail, et après fixation dans la dent nous obtenons le maximum de translucidité.

Sous un autre jour, dans un brillant article intitulé : « Matières obturatrices comme conducteurs de la chaleur », M. Edmond Kells [1] se livre à une fort intéressante série d'expériences et dit : « *Toutes ces obturations*, or, étain, cuivre, amalgame, alliage Hardmann, oxyphosphate, oxychlorure, gutta rouge, gutta de Dawson, sont d'excellents conducteurs de la chaleur. Seule, l'obturation à l'émail est un parfait protecteur contre les influences thermiques ». Cet article est malheureusement méconnu, car il renferme une révélation au sujet de la douleur consécutive parfois à l'obturation, et s'il était suivi de point en point, nous saurions s'il faut employer dans telle ou telle autre cavité, tel ou tel autre mode ou non, qui, d'après l'expérience, serait ou non toléré par la pulpe de la dent attaquée.

Et de là que de maladresses évitées !

Quittons maintenant tous ces errements instructifs cependant et, avec l'année 1889, arrivons au procédé du verre, importé ou du moins vulgarisé par M. Herbst de Brème [2]. Voici du reste ce qu'il écrit dans la *Correspondenz-Blatt für Zahnärzte* :

« Sur les surfaces des dents antérieures les différentes matières d'obturation n'ont jamais un bel aspect ; l'amalgame, l'étain, l'alliage d'or et d'étain deviennent sombres, le ciment s'use, et ressemble toujours à du pudding, et gâtent tous le caractère des dents, etc. Pour ces motifs on a depuis longtemps fait des tentatives pour obturer les dents avec des morceaux de dents ou de la matière qui sert à fabriquer les dents artificielles ; mais comme cette voie est très pénible et très incertaine, j'emploie déjà depuis quelques années pour ces cavités un mélange de diverses espèces de verre et j'ai obtenu après des essais répétés les meilleurs résultats. »

Suit toute une description de son procédé, que le monde dentiste a suivie avec grande attention lors de son apparition. Grand progrès incontestable, mais qui péchait déjà par les produits employés. Les résultats acquis furent-ils satisfaisants avec cette méthode du verre ? Je l'ignore et ne le crois pas, car nous retrouvons un peu plus tard un article dû à M. Heidé [3] de Norvège, qui nous donne par la voie du Compte rendu sommaire des travaux de

1. *Odontologie*, 1889, p. 117. Ext. de la *Revue de l'Etranger*.
2. Ext. du *Correspondenz-Blatt für Zahnärzte*, publié par l'*Odontologie*, 1889, p. 278-279.
3. *Odontologie*, 1889, p. 561.

la section dont P. Dubois était secrétaire rapporteur) une communication sur l'obturation à l'aide de morceaux d'émail naturel. Il conclut ainsi :

« Par l'incrustation de morceaux d'émail naturel on obtient une reconstitution des dents cariées de manière à tromper l'œil le plus exercé..... »

Cette fois, en matière d'obturation à l'émail naturel, c'est du Nord que nous vient la lumière, et en effet n'ai-je pas dit plus haut avoir entendu M. E. M. Felumb, en 1876, préconiser l'emploi de l'émail naturel pour l'obturation des dents cariées ?

Dans ce même rapport de P. Dubois, nous trouvons aussi une petite note de M. Guérini de Naples, qui emploie des fragments de corail pour obturer les dents. M. Eilertsen de Paris emploie de son côté à cette date des substances obturatrices qu'il recouvre de sections d'émail de dents artificielles, ce qui tend à prouver ou que ces messieurs ignoraient le procédé de M. Herbst, ou que ce procédé n'était pas encore parfait.

Poursuivant nos investigations et pour bien faire ressortir avec quelle fièvre non moins grande on recherchait aussi de l'autre côté du détroit une obturation parfaite, Thomas Fletcher de Washington [1] nous fait sentir dans un long article son ardent désir de trouver ce qu'il intitule : « Besoin d'un plombage translucide ». Voici ce qu'il dit :

« Une certaine catégorie d'auteurs avait naguère l'habitude de dénoncer l'usage des amalgames comme une sorte de délit confinant au crime, et de décrire comme épouvantables les effets nuisibles attribués à ces composés. Ces préjugés reposaient sur des impressions qui n'avaient aucune base scientifique, et il n'est pas nécessaire d'en exposer la fausseté. Toutefois un plombage idéal ne saurait être métallique », etc.

Mais il faudrait citer tout l'article pour montrer la véhémence avec laquelle ce praticien a recherché, sans y réussir du reste, le procédé d'obturation translucide. Il a bien cherché, car il dit : « Celui d'entre nous qui découvrira cette substance d'obturation devra être considéré comme le plus grand bienfaiteur de la profession ».

Un autre article de Fletcher [2] donne tout ce qui a été fait par lui sur la recherche de l'obturation translucide. Il va même jusqu'à offrir 25.000 francs et de gros bénéfices à celui qui résoudra le problème.

Empressons-nous de dire qu'il cherchait, lui, une *pâte* translucide.

Voilà, je crois, des preuves de l'intérêt qu'apportent certains praticiens dans la réalisation de ce difficile problème.

De tout ce que nous avons vu sur ces nombreux travaux, il découle qu'aucune obturation ne résiste, en principe, à l'action de la salive. Des plombages qui ont baigné des mois et des années

---

1. Extrait du *Quarterly Circular*, *Progrès dentaire*, 1889, p. 337-342.
2. *The Brithish. Journal of Dental Science*, 1881, 1er juillet.

dans les acides seuls ou mélangé sont résisté, et se sont impitoyablement désagrégés dès qu'ils ont été appelés à servir dans la bouche.

Abandonnons donc les métaux et les pâtes dans les obturations, et suivons, si vous le voulez bien, le Dr Richter [1], qui cherche, lui aussi, à doter la profession d'un procédé où il emploie le verre comme obturant, procédé qui pourrait donner de bons résultats si la matière était assez dure pour résister à l'usage et permettre l'emploi de la meule, pour arrondir, creuser ou repolir la partie ajoutée. Malheureusement, son verre ne nous paraît offrir aucune résistance, se craquèle et devient défectueux : c'est du reste ce grief que nous lui trouvons reproché au long [2] dans le *Progrès dentaire* de février 1891, où il est donné une opinion, qui paraît très sincère, de Gilbert Walker, et qui est ainsi conçue :

« En comparaison avec le verre de Richter, MM. Ash et fils ont prouvé il y a de longues années, en faisant les anciennes dents de toutes teintes avec des tubes d'or, qu'une matière suffisamment fusible pour être de manipulation facile et capable de résister à l'usure, est réalisable. »

Il est utile de dire ici, pour que chaque chose soit à sa place une fois pour toutes, que la méthode de M. Herbst est à peu de chose près semblable à celle de M. Richter, sauf que M. Herbst emploie le verre de Venise, et M. Richter du verre ordinaire.

Les résultats paraissent du reste donner exactement les mêmes inconvénients au point de vue de l'histoire.

Pas plus que M. Laud de Detroit, qui a tenté, lui aussi, de vulgariser le verre, MM. Herbst et Richter ne sont les inventeurs de la méthode de l'obturation au verre fondu ; c'est à C. W. Spaulding qu'il faut attribuer, d'après M. Herbst, tout le mérite d'avoir fait connaître, en 1877, les obturations de verre, sans du reste avoir pu les réussir, à cause de la transparence et du fendillement de la matière obtenue. Nous avons bien parlé des praticiens qui se distinguèrent par l'emploi plus ou moins judicieux de parties de dents artificielles, mais avant de faire connaître les derniers perfectionnements qui cloront ce travail, permettez-moi de jeter un coup d'œil en arrière et de rappeler le souvenir de l'inventeur de la dent de porcelaine [3]. C'est en 1774 qu'un pharmacien français nommé Duchâteau inventa et fabriqua le premier une dent artificielle en porcelaine. Plus tard, aidé de de Chemant et Dubois, il obtint des résultats qui lui valurent les remerciements de l'Académie française de chirurgie.

Pendant ce temps de Chemant poursuivait aussi assidûment la production des dents, et comme il était plus persévérant que Duchâteau, il obtint, en 1787, de Darcet, alors essayeur des monnaies d'entrer à la manufacture de Sèvres, où un petit fourneau fut

---

1. *Quarterly Circular*, sept. 189.
2. *Progrès dentaire*, 1891, pages 44, 45, 46.
3. *Quarterly Circular*, 1896, sept. 356 à 363.

construit pour lui; il reçut là l'avis de divers artistes, et finalement obtint un retentissant succès dans la fabrication des dents minérales.

Après bien des péripéties de Chemant fut aux prises avec Duchâteau et un parti de dentistes, ses amis, qui voulaient revendiquer tout l'honneur du succès pour ce dernier. Un gros procès eut lieu, où Duchâteau fut débouté de ses prétentions. De Chemant, dégoûté de tant de vilenies, quitta la France, et, malgré sa répugnance de doter un autre pays que le sien de son beau travail, s'adressa à la maison Claudius Ash de Londres, qui fit ce que vous savez pour le progrès et le perfectionnement de la dent minérale.

Ce fut dès lors entre l'Angleterre, représentée par Claudius Ash, et l'Amérique, par la maison White, une grande concurrence, et, malgré de timides essais entrepris par des maisons françaises, les fabriques anglaises et américaines restèrent presque seules maîtresses de la fabrication des dents minérales.

Soucieuse du progrès et le poursuivant sans cesse, la maison Ash, de Londres, entreprit de donner encore à la dentisterie la possibilité de faire dans le cabinet même du dentiste la dent genre Logan. C'est ainsi qu'elle dota la profession du fourneau à émail; pour l'utiliser elle composa une série de flacons remplis de poudre d'émail de différentes couleurs, au moyen desquelles on pouvait facilement confectionner une dent à pivot avec le secours, comme façade, d'une dent ordinaire, travail rendu des plus pratiques par la notice suggérée par nous [1] qui, le premier en France, nous sommes appliqué à cette branche spéciale de l'art dentaire.

De nombreux confrères nous furent adressés par la maison Ash, suivirent nos démonstrations, et en peu de temps devinrent familiers avec le nouveau fourneau. Au cours de ces travaux nous avons eu l'idée de reprendre, avec les matériaux d'Ash servant à confectionner les couronnes de dents à pivot, le travail de l'obturations pour lequel nous employions d'une manière courante le verre de Richter et surtout les fragments de dents artificielles. Nous fîmes d'abord des essais timides, isolés, mais bientôt, avec l'habitude, nous généralisions ce mode d'obturation à tous les cas et avons obtenu les plus grands succès : cent quatre-vingt-trois obturations sont actuellement sorties de notre cabinet depuis dix-huit mois, — pas une seule n'a subi la moindre dépression, le moindre changement de couleur. L'emploi du bloc d'émail est devenu pour nous chose courante, notre moyen de procéder est simplifié au possible et est prêt à entrer dans la pratique de tous les cabinets des dentistes, et si cela vous intéresse nous nous permettrons de vous l'énumérer tout au long.

NOTRE MÉTHODE D'EMPLOI DE L'ÉMAIL FONDU DANS LES OBTURATIONS DENTAIRES [2].

Comme dans toute obturation dentaire, et particulièrement dans l'adaptation des blocs d'émail, on devra préparer sa cavité

1. *Progrès dentaire.*
2. *Monde dentaire,* mars. avril, mai, juin 1897.

avec le plus grand soin, surtout dans le voisinage de la gencive.

Pour la réfection des faces latérales des dents, on devra écarter le plus possible ces dernières, quelles qu'elles soient, avec des morceaux de digue pliés en deux ou en trois, afin d'obtenir des espaces larges pour pouvoir se bien rendre compte de l'adaptation des blocs. Tailler les cavités en forme de bols à café, s'il s'agit d'une obturation centrale de grosses molaires.

Si nous sommes sur les parties latérales des incisives, canines, petites ou grosses molaires, on ne craindra pas d'entailler largement et de faire des cavités bien carrées, sans points de rétention ; je parle ici pour la généralité des cas où il sera possible de le faire, ces obturations ne devenant de plus en plus parfaites qu'autant que les cavités sont plus grosses. Enfin j'ajouterai qu'à l'inverse des obturations à l'almagame, nos cavités doivent être nettes, à bords taillés à pic, formant des angles ou des trous bien ronds sans dessous. Je conseille même, lorsque les cavités sont très profondes, d'en combler les bas-fonds avec du ciment que l'on laisse durcir, pour former, avec des fraises appropriées, un fond bien plat. En tout ceci rien d'extraordinaire comme exécution. Prenons donc une cavité préparée comme nous l'indiquons, et, avec une feuille de platine mou très mince, faisons-lui, aussi exactement qu'il est possible, prendre l'empreinte du trou préparé ; on y arrive en enfonçant avec un brunissoir en boule, courbé, ou avec des boulettes de ouate, la feuille de platine, qui prendra la forme de la cavité et formera un petit récipient dans lequel on introduira la pâte d'émail bien assortie à la nuance, puis on fera cuire dans le four de Ash, comme une dent à pivot. Généralement, à la première cuisson on constatera que, par suite du retrait, la petite cupule ne sera pas bien remplie d'émail cuit ; dans ce cas on ajoutera de l'émail pour combler les vides et l'on recuira, opération qui peut se faire en moins d'une minute ; inutile d'attendre le refroidissement dans le four.

Après s'être assuré, en l'introduisant dans sa cavité, que le bloc en remplit bien tous les vides, on enlève facilement la feuille de platine, en l'arrachant avec de petites pinces, puis on fixe le bloc dans la dent.

De la fixation du bloc dans la dent.

Procéder comme pour une obturation ordinaire, c'est-à-dire bien isoler la dent à boucher, sécher soigneusement cavité et bloc d'émail, préparer sur la plaque de verre une quantité suffisante de *ciment Idéal*, dont on enduit soigneusement toute l'excavation, puis introduire à fond avec beaucoup de soin le bloc d'émail, le recouvrir de sandaraque, le fixer même si possible avec du fil de lin, et laisser durcir très complètement avant de pouvoir, avec meules, disques, etc., user, égaliser, sculpter et repolir, selon les besoins de la forme et de l'articulation le bloc d'émail, qui, ainsi fixé et égalisé, devra donner une obturation parfaite comme illusion et défiant

toutes les autres sortes de plombage, par l'occlusion absolue de la cavité et par la pureté de l'obturant.

Il est un fait acquis et que l'expérience nous a prouvé, c'est qu'il n'est pas un moyen meilleur pour obturer les dents, surtout s'il s'agit d'incisives mortes et sur lesquelles il manque de gros morceaux, ou de dents cassées par accident et dévitalisées, sur lesquelles on peut ajouter n'importe quelles parties avec pivots ou sans pivots, ou encore sur des molaires lorsque les parties à remettre présentent une grande superficie. Pour les incisives c'est le moyen le plus parfait et qui se rapproche le plus de l'esthétique.

CAS D'HÉMATOME SOUS-MUQUEUX SUBLINGUAL CONSÉCUTIF A L'EXTRACTION D'UNE DENT CHANCELANTE

Par M. Poteau, chirurgien-dentiste F. M. P.

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du* 14 *décembre* 1897.)

Mme R..., rentière, 50 ans, constitution forte, tempérament sanguin, se présente, le 25 septembre, à mon cabinet, pour se faire extraire une deuxième grosse molaire inférieure gauche, très chancelante, qui lui rend la mastication très pénible.

Plusieurs dents, notamment la première grosse molaire voisine, ont été extraites, il y a quelques années, sans occasionner d'accidents. Les dents restantes sont saines et bien implantées dans leur alvéole. Pas d'antécédents morbides, aucune manifestation arthritique ; les urines, examinées par le médecin de la malade, ne décèlent aucune trace de sucre ou d'albumine.

L'extraction, pratiquée avec le davier, se fait facilement, mais nécessite la section, avec le bistouri, de la portion de gencive adhérente à l'extrémité des racines. Elle ne donne lieu qu'à un écoulement sanguin insignifiant. Je prescris des lavages boriqués, et la malade quitte mon cabinet heureuse d'être débarrassée de sa dent.

Je considérais les choses comme terminées, lorsque deux heures après la malade me fait appeler chez elle. Je m'y rends à l'instant, et l'examen de sa bouche me révèle que la partie gauche du plancher buccal est occupée par une tumeur sanguine de la grosseur d'un œuf de pigeon, de teinte violacée, avec turgescence des veines ranines ; la langue est refoulée vers la voûte palatine et les mouvements de déglutition sont assez pénibles ; légère tuméfaction dans la région sous-maxillaire du même côté ; la douleur est presque nulle ; seule, la pression au niveau des ganglions sous-maxillaires détermine une légère douleur. L'état général est très bon ; absence totale de fièvre.

Cette particularité et la rapidité avec laquelle l'affection a évolué me font rejeter aussitôt l'hypothèse d'une origine infectieuse ; sa terminaison, très rapide, comme on va le voir, m'affermit dans ma première appréciation.

D'ailleurs, l'opération s'est exécutée avec toutes les règles possibles d'antisepsie : flambage des instruments préalablement stérilisés, lavages avec une solution antiseptique, avant et après l'opération.

Je prescris simplement des lavages boriqués tièdes et une alimentation semi-liquide également tiède, dans l'espoir que la tumeur disparaîtra par résorption.

Le lendemain matin, je revois la malade. Peu d'amélioration dans son état ; cependant la tuméfaction est d'un volume légèrement moindre et d'une teinte moins violacée.

Désirant avoir l'avis du médecin de la malade, je la prie de le faire appeler. Il prescrit l'application de deux sangsues ; elles sont posées dans la région sus-hyoïdienne, l'une à droite, l'autre à gauche. Dès le soir, la tumeur a disparu. La gêne dans la déglutition et la légère douleur subsistent encore un jour ou deux, puis tout rentre dans l'ordre.

La malade ne se ressent maintenant plus de rien.

La cause de cette affection m'a paru être purement traumatique.

Bien que l'extraction se soit exécutée sans difficulté, la traction opérée sur la dent pour lui faire rompre ses adhérences a dû déterminer un peu de décollement de la muqueuse. L'écoulement sanguin après l'opération ayant été presque nul, une hémorragie secondaire a dû se produire à l'intérieur des tissus et déterminer un hématome (peut-être compliqué d'un peu d'emphysème).

Je tenais à vous signaler ce cas, que je rencontre pour la première fois dans ma pratique, et qui, je le crois du moins, n'a pas été mentionné comme accident consécutif à l'extraction des dents.

MÉTHODE SIMPLIFIÉE POUR PRÉPARER DES COUPES DE DENTS ET DE TISSU OSSEUX, PERMETTANT DE DÉMONTRER LES RAPPORTS ANATOMIQUES EXISTANT ENTRE LES TISSUS DURS ET LES TISSUS MOUS.

Par M. A. Hopewell Smith

L. R. C. P. — M. R. C. S. — L. D. S.

Chargé du cours de chirurgie, de pathologie et de microscopie dentaire au National Dental Hospital de Londres.

Communication au Congrès de Paris.

Monsieur le Président,
Messieurs et chers confrères,

C'est avec quelque difficulté que je trouve des paroles appropriées pour vous exprimer le véritable plaisir que j'éprouve à

faire partie d'un Congrès dentaire aussi intéressant et aussi distingué. C'est pour moi non seulement l'occasion de faire connaissance avec d'éminents confrères français, mais encore de voir et d'apprécier les méthodes employées en France. Je profiterai donc, si vous le voulez bien, de cette réunion, pour traiter devant vous une question qui, depuis quelques années, attire de plus en plus l'attention des dentistes anglais, européens et américains : je veux parler de la microscopie. Pour moi personnellement, c'est une étude, une science profondément fascinante.

Envisagée au point de vue général, elle a rendu, elle rend journellement et continuera à rendre dans l'avenir des services inappréciables. Si l'on considère la science dans son entité, l'on se rend vite compte qu'elle est beaucoup trop vaste pour un seul homme.

Il faut, à mon avis, si l'on veut arriver à de bons résultats, se contenter d'étudier un tout petit coin de celle-ci. De cette façon on sera sûr d'obtenir de bons résultats.

Comme Alexandre Dumas l'a fait dire à un de ses héros de roman : « La Science aime les excentricités, les innovations, les bonds en avant, l'entêtement ». Et bien, pour moi, employant ici une expression toute française, la microscopie, envisagée au point de vue dentaire, est ma marotte, mon dada favori.

C'est-elle qui nous fait voir de la façon la plus palpable que la profession de chirurgien-dentiste ne doit pas être considérée comme sans valeur. Grâce au microscope et à ses applications à la dentisterie, le niveau professionnel s'est élevé dans des proportions énormes, et c'est le signe le plus sûr du relèvement de notre profession.

Je suis heureux de voir, en France, mon ami Choquet travailler cette question avec tant d'entrain, et je suis sûr d'avance qu'il sera récompensé de ses efforts et de ses fatigues, en trouvant ce que nombre de nos confrères cherchent avec tant d'ardeur.

De même que Galippe, Vignal, Leber et Rottenstein, et feu Magitot, c'est un travailleur acharné et consciencieux. Puissent ses travaux et les leurs demeurer des modèles dans leur genre !

Ayant présenté il y a six ans à la Société odontologique de la Grande-Bretagne le procédé que j'avais imaginé pour faire des coupes de dents permettant de conserver *sans altération* les parties molles en rapport avec les parties dures, et n'ayant eu jusqu'ici que de bons résultats par ce procédé, je vais vous en soumettre la technique.

A part quelques très légères modifications, c'est la méthode telle qu'elle a été présentée il y a six ans.

Cette méthode comporte trois stades principaux : 1° la fixation et le durcissement des parties molles ; 2° la décalcification complète des parties dures ; 3° la pénétration de l'objet décalcifié par un agent permettant d'en faire des coupes au moyen du microtome.

Procédant par ordre, voici comment il faut opérer :

Une dent venant d'être extraite est *immédiatement* lavée dans

une solution de sel normal. Puis on ouvre la chambre pulpaire de façon à permettre à l'agent fixateur employé de bien pénétrer dans la pulpe et de la fixer complètement.

On peut encore élargir l'extrémité apicale de la racine ou des racines, au moyen d'une fraise bien montée sur le tour, ou bien encore exciser cette partie apicale au moyen d'une scie fine ou d'une pince coupante. Lorsqu'on a affaire à une dent dont la pulpe a été mise à nu par la carie, il est inutile de prendre de semblables précautions.

On coupe alors la dent en tranches au moyen d'une scie fine, et l'on place les morceaux dans un flacon à large ouverture contenant du liquide de Muller fraîchement fait.

Ce liquide de Muller doit être employé en assez grande quantité, environ vingt ou trente fois le volume de la dent, de façon à recouvrir celle-ci complètement et largement. Il doit être renouvelé tout d'abord à la fin du quatrième jour de l'immersion, et ensuite au bout de quinze jours. Au bout de trois semaines, les morceaux de dents sont placés pendant dix ou vingt jours, ou quelquefois plus longtemps, dans de l'alcool à 84 0/0 (quatre-vingt-quatre pour cent). On obtient ainsi sur les tissus mous une fixation par le liquide de Muller, et un durcissement par l'alcool. Une fois le durcissement complet, on lave dans l'eau les morceaux de dents, on sèche aussi bien qu'il est possible les parties tranchées, ainsi que les portions de pulpe, et l'on dépose une grosse goutte de collodion flexible sur les faces tranchées, de telle façon qu'au bout de quelques instants la pulpe soit complètement protégée contre l'action des acides qu'il faudra employer par la décalcification.

On plonge alors la dent ou les morceaux de dents dans un flacon contenant douze centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 10 0/0. Cette solution doit être faite au moment de s'en servir. Il faut noter le jour et l'heure de l'immersion, ainsi que la forme de la dent ou du morceau de dent.

Au bout de quinze heures, on ajoute un décimal cinq (1,5) centimètres cubes d'acide nitrique pur, opération que l'on répète quarante-huit heures après. En trois ou quatre jours la dent sera suffisamment ramollie pour se plier avec les doigts ou pour se laisser traverser par une aiguille.

Voici la formule que je vous recommande pour la décalcification:

Acide chlorhydrique à 10 0/0	12
Acide azotique *pur*	30
Eau distillée	108

Lorsque la dent est suffisamment ramollie, on la lave et on la place pendant quelques heures dans une solution alcaline de bicarbonate de soude, de façon à neutraliser l'acidité. Si elle n'a pas été coupée en tranches, on la coupe alors au moyen d'un rasoir, on lave bien les morceaux que l'on place dans un mucilage de gomme, où ils sont pénétrés dans l'espace de quelques heures.

Lorsque la pénétration est achevée, on place les morceaux de dents sur la platine d'un microtome à congélation, et on les coupe au moyen du rasoir.

On peut remplacer la gomme soit par la paraffine, soit par la celloïdine. On emploiera cette dernière lorsqu'on aura affaire à des tissus excessivement friables, tandis que la paraffine sera utilisée lorsqu'on voudra faire des coupes en séries. Dans ce dernier cas, le microtome de M. Choquet donne les meilleurs résultats. Les coupes, une fois faites, sont lavées, colorées, et montées à la manière ordinaire.

Les avantages résultant de l'emploi de cette méthode sont les suivants : rétention *in situ* des tissus mous par rapport aux tissus durs ; facilité et rapidité de la pratique, son extrême simplicité, et enfin obtention d'un nombre illimité de coupes aussi fines qu'on le désire. M. Choquet, qui emploie cette méthode depuis quelque temps, a trouvé que le chlorure de palladium associé à la solution décalcifiante empêche l'action dissolvante des acides sur le noyau des cellules des tissus mous.

Quelqu'un d'entre vous me demandera peut-être tout à l'heure de quelle utilité peut être la méthode que je viens de vous décrire au point de vue pratique. Permettez-moi d'anticiper et de donner la réponse avant que la question soit posée.

Une jeune dame se plaignait d'une odontalgie atroce. Des médecins éminents de Londres l'avaient soignée en vain par l'arsenic, la strychnine, etc. Désespérée, cette dame voulait à toute force qu'on lui enlevât toutes ses dents, qui, cependant, étaient absolument saines. Pour lui donner satisfaction, mon ami lui enleva deux prémolaires, dont je fis des coupes par la méthode que je vous ai décrite. A l'examen microscopique je découvris dans la pulpe, et en très grand nombre, des masses calcaires qui faisaient pression sur les faisceaux nerveux de cet organe. Soigner de semblables dents était de toute impossibilité. Je me décidai donc à faire l'extraction de toutes les dents, et, sitôt la dernière extraction faite, la malade fut complètement guérie, et n'a jamais vu reparaître ses douleurs.

Vous voyez donc que vous pouvez quelquefois poser un diagnostic sûr, et éviter des souffrances atroces à vos patients, rien que par l'emploi du microscope.

Grâce à cet instrument, il nous sera permis d'élucider certaines questions jusqu'ici incompréhensibles, de résoudre certains problèmes d'histologie, et de pathologie dentaire, et enfin, et surtout, vous aurez, grâce au microscope, le plaisir de travailler à fond ce petit coin scientifique sur lequel vous aurez jeté votre dévolu.

Monsieur le Président,
Messieurs et chers confrères,

Permettez-moi de vous remercier de l'attention que vous avez bien voulu me prêter en écoutant ma communication, et croyez bien que je suis heureux d'être venu en France, car par ce que je

vois je puis me rendre compte que les dentistes français sont aujourd'hui les rivaux des dentistes anglais et américains ; et à vous, mon cher Choquet, permettez moi de vous adresser mes bien sincères remerciements pour l'appui que vous avez bien voulu me prêter dans cette circonstance, et croyez que je suis heureux de vous avoir écouté et d'être venu assister au troisième Congrès dentaire national français.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Réunion du 14 décembre 1897.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

M. Papot. — Le procès-verbal de la dernière séance a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est présentée; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Papot. — MM. Godon et Martinier offrent à la Bibliothèque le cinquième volume du *Manuel du chirurgien-dentiste*, intitulé *Clinique de prothèse* et qui a pour auteur M. Martinier. Nous remercions les donateurs.

I. — De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique dans les cas d'extractions multiples, par le M. Dr Pitsch.

M. le Dr Pitsch donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Voir *Travaux originaux.*)

Discussion.

M. Léger-Dorez. — Il y a sept ou huit ans, nous avons fait à l'Ecole de la rue de l'Abbaye beaucoup d'expériences avec cet agent, et elles confirmaient ce qui vient d'être dit.

M. Pitsch. — Je ne suis pas partisan de cet anesthésique pour une extraction ou deux ; je ne l'emploie que pour extraire un certain nombre de dents.

M. Léger-Dorez. — Pour les enfants l'analgésie suffit.

M. Pitsch. — Pour eux je mets le masque et j'emploie l'ouvre-bouche.

M. Léger-Dorez. — Les résultats sont merveilleux, mais à condition d'avoir un produit absolument pur.

M. Pitsch. — Quand il est absolument pur, il donne un peu plus de contracture que s'il est mélangé à l'éther.

M. Viau. — J'ai assisté chez M. Sauvez aux premières anesthésies faites avec le bromure d'éthyle, et elles étaient très complètes ; mais les patients éprouvaient un grand dégoût pour cet anesthésique. Il y a quelques semaines, je l'ai employé chez un patient où le médecin traitant l'avait apporté lui-même. L'anesthésie a été administrée assez timidement pour commencer, puis une plus

forte dose fut donnée, jusqu'à abolition complète de la sensibilité. La narcose a été parfaite ; elle a duré trois ou quatre minutes. Nous avions employé le bromure d'éthyle préparé par Leclerc ; ce produit est d'une odeur presque agréable, se rapprochant de celle du chloroforme.

M. Pitsch. — Il s'agissait d'une dent à arracher?

M. Viau. — Oui, mais très difficile. Depuis, j'ai eu deux autres cas avec le même résultat.

M. Pitsch. — Pour une seule extraction tout est bon.

M. Ronnet. — Comment évitez-vous l'excitation violente du bromure d'éthyle ? A mon avis, on méprise trop le protoxyde d'azote, qui cependant m'a permis une fois d'enlever seize racines ; il ne donne pas d'excitation et le malade est bien placé ; il permet de faire de belles opérations : un jour j'ai pu extraire ainsi vingt et une racines avec le Dr Aubeau. Je désirerais donc avoir une démonstration de la méthode du Dr Pitsch.

M. Pitsch. — Pour éviter l'excitation, il faut avoir un masque plein de bromure et en faire respirer des flots au malade.

Je connais mal le protoxyde d'azote ; aussi en ai-je peu parlé, tout en étant obligé de le citer, puisque j'ai passé en revue les divers anesthésiques ; mais je le trouve peu rassurant pour un médecin ayant l'habitude du chloroforme, car souvent le malade vire au bleu.

M. Prével. — J'ai employé le bromure d'éthyle, mais son emploi exige la connaissance du tempérament du sujet. J'ai eu une fois une malade chez laquelle l'excitation dura jusqu'à une heure de l'après-midi.

M. Pitsch. — La connaissiez-vous ?

M. Prével. — Oui. Elle vint à jeûn ; on commença vers neuf heures, aussitôt l'excitation se produisit, et ne cessa pas avant une heure de l'après-midi, et le sujet fut assez malade jusqu'à cinq heures.

M. le Dr Sauvez. — Le procédé de notre confrère Pitsch ne me semble présenter rien de bien particulier ni de différent du procédé que nous avons préconisé il y a 4 ans, dans notre thèse. M. Pitsch administre le bromure à doses massives avec un masque, au lieu de se servir de compresses, et c'est tout. En dehors du procédé en lui-même et pour ne parler que de l'anesthésique sur lequel on discute, je dirai qu'aujourd'hui ce n'est pas l'agent que je choisirais si j'avais beaucoup d'anesthésies à pratiquer ; je donnerais la préférence au protoxyde d'azote, qui n'a presque pas de cas de mort à son actif, et cette innocuité presque absolue constitue un élément dont il faut tenir compte dans le choix d'un narcotique. Autrefois j'ai employé le bromure d'éthyle, et il me donnait de l'excitation ; il n'en donne plus maintenant. C'est un excellent anesthésique, soit ; mais je préfère le protoxyde, parce qu'il est moins dangereux.

M. Pitsch. — Enlevez-vous beaucoup de dents ?

M. Sauvez. — Pas autant que M. Ronnet, qui est un opérateur de premier ordre ; mais le nombre des racines extraites ne signifie

rien en lui-même; il dépend de la difficulté : une seule peut vous occuper plus longtemps que dix.

M. Pitsch. — Je tiens à mon masque.

M. Sauvez. — Ce masque est employé partout. Il en existe un qui me paraît plus pratique, et que j'ai vu en Suisse; il présente un orifice et un entonnoir ; quand on verse du liquide dans ce dernier, le tuyau imbibe tout le masque. On en verse quinze grammes, on applique sur la face du malade et, lorsque la tête de celui-ci va à droite et à gauche, on opère.

M. Frantz. — Le protoxyde d'azote est le meilleur anesthésique. J'ai assisté en Suisse à de grandes opérations faites avec cet agent, et il est certainement préférable à tous autres; il ne donne pas d'accidents comme le chloroforme et l'éther. J'ai vu, il est vrai, des docteurs en médecine être présents à des narcoses avec le protoxyde, et ils en étaient effrayés; mais ils n'y étaient pas habitués. Cet agent ne produit pas d'excitation et ne cause pas d'accidents graves. Seul, l'appareil est coûteux.

M. Papot. — Au dernier Congrès dentaire, le Dr Darin a opéré avec sa méthode particulière, qui donne des anesthésies très calmes, durant un peu plus que d'ordinaire [1].

M. d'Argent. — J'ai opéré, en 1892, un docteur en médecine atteint de trismus, et quatre de ses amis, également docteurs, ont dû s'employer pour résister à l'excitation résultant du bromure d'éthyle, que donnait un des assistants, à l'aide d'un masque. Le malade était dans un état très mauvais, s'agitait, et pour ma part je n'ai rien vu dans cette lutte, j'ai opéré inconsciemment ; aussi ai-je conservé un souvenir déplorable de cette intervention, quoique j'aie réussi à retirer la molaire, par un simple effet d'habitude.

Au contraire, le protoxyde d'azote stupéfie d'emblée le malade. Je l'ai vu employer à Londres autrement qu'ici ; il faut dire que le naturel des malades n'est pas le même : le Français discute l'opération qu'on va lui faire, s'enquiert des avantages et des inconvénients de l'anesthésique qu'on va employer, tandis que l'Anglais ne dit rien. Ce dernier ne voit pas d'autres malades en arrivant à la clinique ; il entre par une porte, sort par une autre, et n'éprouve pas d'intimidation. Il revêt un grand tablier de caoutchouc pourvu d'une vaste poche sur le devant, en cas de vomissements ; on l'opère sans l'interroger. J'ai vu ainsi opérer des gens à face congestionnée, d'autres à face blème, sans qu'on s'enquît de leur tempérament. Comme les trois quarts des accidents proviennent de l'état émotif, le système anglais prévaut, car le malade ne doit pas être impressionné. Je pourrais en dire autant de l'anesthésie par la cocaïne.

En principe, l'application de tout anesthésique est mauvaise sur un sujet qu'on ne connaît pas. D'autre part, comme on ne sait pas s'il n'y aura pas d'hémorragie, il est imprudent d'extraire vingt et une dents de suite, car, si l'hémorragie unilatérale est

---

1. V. *Odontologie*, 15 janvier 1898, p. 17.

quelquefois embarrassante, celle qui se produit des deux côtés à la fois peut devenir grave.

M. Godon. — La différence qu'il me paraît y avoir entre la méthode du Dr Pitsch et celle du Dr Sauvez consiste dans l'emploi du masque. Maintenant, pourquoi le premier donne-t-il la préférence au bromure d'éthyle ? J'ai vu employer le protoxyde d'azote, je l'ai employé moi-même assez souvent ; mais à mon premier essai, j'ai failli avoir une issue fatale. Pourtant en Amérique on l'administre sans précautions ; j'ai à l'institut Colton à New-York, vu arracher des dents avec le protoxyde ; les malades se succèdent avec une rapidité prodigieuse ; ces opérations ont même lieu en musique : un piano joue pendant qu'on opère. On est arrivé ainsi à un nombre d'extractions véritablement fabuleux. Cependant, bien que j'aie été témoin de cette administration, la crainte que m'a laissée ma première expérience me fait préférer le chloroforme. Une opération simple se fait avec un anesthésique local, une opération compliquée avec un anesthésique général ; or, pour moi ce dernier est le chloroforme. Je désire savoir pourquoi M. Pitsch donne la préférence au bromure d'éthyle sur le chloroforme ?

M. Léger-Dorez. — L'excitation est due à la mauvaise qualité du bromure.

M. Viau. — Les premiers bromures que nous avons eus en France étaient si répugnants pour le malade, qu'il fallait engager une véritable lutte avec lui pour lui en administrer ; maintenant nous en avons de purs, et il n'en est plus de même. Aussi, pour une opération un peu difficile le protoxyde d'azote ne peut-il pas donner les résultats du bromure.

J'ai vu le Dr Darin employer le protoxyde d'azote avec le chloroforme, il avait de bonnes anesthésies mais il me paraît peu rationnel de donner du protoxyde d'azote à une personne se trouvant déjà sous l'influence du chloroforme. Nous savons tous combien il est urgent de surveiller le malade qui respire le gaz, et je crois que M. Darin est ainsi dans de mauvaises conditions pour exercer cette surveillance.

M. Papot. — Nous avons vu le Dr Darin employer la même méthode en 1889, au Congrès.

M. Frantz. — On peut avoir des syncopes qui ne soient pas dues à l'anesthésique ; tout dépend de la disposition des malades. J'estime néanmoins que le protoxyde rendrait plus de services.

M. Sauvez. — La statistique joue un grand rôle en matière d'anesthésie, et personne n'en parle. Or, avec le chloroforme vous avez 1 mort sur 2.000, avec l'éther 1 sur 4.000 et avec le protoxyde 1 sur 100.000. Pour une anesthésie courte le protoxyde convient ; pour une longue il faudrait discuter les méthodes en présence. Dans une séance prochaine, je ferai une étude critique sur ce sujet. Je dois dire cependant tout de suite, que je préfère la combinaison de protoxyde et d'éther, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indication pour l'éther ; c'est en effet ce qu'il y a de plus logique pour un malade normal ; c'est basé sur des statistiques.

M. Godon trouve le chloroforme pratique. Je suis, au contraire, d'avis de le rejeter, parce qu'il donne le plus d'accidents ; d'ailleurs on l'abandonne peu à peu.

Quant à l'excitation, elle n'est pas produite par l'impureté seule des anesthésiques ; une femme nerveuse, des gens craintifs, en auront avec le corps le plus pur.

M. Pitsch. — Le masque n'est pas la compresse, et peu de gens savent s'en servir.

J'ai vu dans les hôpitaux douze cas de mort avec le chloroforme, et cela m'a refroidi. Quant à l'excitation, personne ne peut la prévoir. J'ai vu une femme qui avait été endormie six fois pour une fistule qu'elle venait faire traiter ; la septième fois elle mourut sous le chloroforme ; à l'autopsie on lui trouva comme lésion un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. Frantz. — Pour éviter l'excitation, on fait une piqûre de morphine.

M. Pitsch. — Pour donner le bromure d'éthyle et s'en servir utilement, il faut un tour de main ; avec le chloroforme il faut surtout surveiller le patient.

M. Rollin. — Pour les anesthésies de longue durée, j'emploie la méthode Howard, et je n'ai ni excitation ni vomissements.

M. Sauvez. — J'ai peur de la morphine depuis une aventure qui m'est arrivée. J'ai fait un jour, étant étudiant, une piqûre de morphine à deux heures de l'après-midi, sur sa demande, à une personne bien portante qui avait un léger mal de tête ; eh bien, elle resta jusqu'à sept heures dans un état épouvantable, bien que je n'eusse employé que 1/2 centigramme. Ce cas m'a suffi.

M. Papot. — Il serait bon que M. Pitsch fît une démonstration de son procédé un dimanche matin.

II. — Antisepsie des instruments par le trioxynothylène par M. le Dr Pitsch.

M. le Dr Pitsch donne lecture d'une communication sur ce sujet, et présente l'appareil qu'il emploie.

III. — De l'emploi du formol comme antiseptique en chirurgie dentaire. Guérison rapide des caries du 4e degré infectées, par M. le Dr Pitsch.

M. le Dr Pitsch. — Je n'ai pas pu rédiger de note sur cette question, je le ferai plus tard ; mais je suis prêt à répondre aux questions.

Discussion

M. Godon. — Vous n'avez pas besoin de l'essence de géranium pour faire disparaître la douleur comme l'ont fait MM. de Marion et André ?

M. Pitsch. — Je n'ai plus de douleur avec le formol ; mais il ne faut pas en mettre sur une pulpe ou sur les gencives.

M. Ronnet. — Il ne peut servir que dans les caries pénétrantes ?

M. Pitsch. — Oui, le formol produit une grande douleur sur la pulpe, même dans les 2es degrés avancés.

M. Ronnet. — Comment procédez-vous pour la fistule ?

M. Pitsch. — Comme pour le canal.

M. Jeay. — Depuis un mois je me sers du formol, et il me semble qu'on doit se méfier de son emploi dans les caries du 4ᵉ degré compliquées de périostite du sommet de la dent, à cause de ses propriétés irritantes.

M. Pitsch. — J'emploie le formol de mon flacon de service, car cet agent se transforme facilement, il se polymérise ; aussi, quand le flacon est entamé, c'est plutôt une solution de formol et de trioxynothylène.

M. Ronnet. — Dans toute périostite il faut laisser la dent tranquille la première fois et se contenter de la laver pour que les mèches soient nettes.

M. Pitsch. — Quand je ne puis passer avec mes forets à cause de la courbure du canal, j'emploie l'air chaud largement, je place ma mèche et je compte sur la diffusibilité du formol.

M. Martinier. — Dans la carie du 4ᵉ degré, M. Pitsch passe des fraises à canaux ; or, je croyais qu'il fallait nettoyer d'abord, puis passer des fraises, pour ne pas refouler les débris.

M. Pitsch. — Je ne passe plus de mèches dans les canaux ; je ramone, je passe un foret plus grand, j'agrandis le canal.

M. Ronnet. — Et si les racines sont convergentes ?

M. Pitsch. — C'est une affaire de doigté.

M. d'Argent. — Je demande un traitement bien défini de la fistule par le formol ; mais j'ai connu une autre méthode employée par un confrère qui l'a découverte empiriquement : il avait laissé couler du phénol dans une molaire inférieure pour avoir une action énergique, et, comme le malade voulait cracher, il avait introduit une boulette de papier mâché dans la dent et appuyé son pouce dessus afin de retenir le phénol, lorsqu'il vit celui-ci sortir par la fistule ; quelques jours après la fistule était refermée. J'ai employé cette méthode depuis dix ans, et elle m'a réussi chaque fois : la fistule a été guérie d'emblée, parce qu'il y a corrosion, réparation et élimination. Toutefois j'ai abandonné la méthode pour les dents supérieures parce que le phénol tend à descendre, et j'ai remplacé le papier par la gutta ; de plus, j'injecte avec la seringue, dont j'entoure le jet avec la gutta ; mais, malgré toutes les précautions, le phénol revient vers la bouche. Si ce procédé était possible dans tous les cas, je dirais que c'est le meilleur, parce que la guérison est assurée ; mais il faut que l'apex laisse passer le liquide corrosif.

La méthode avec le formol est-elle préférable ? Quel est son mode de guérison du kyste radiculaire ? Comment sont corrodées les cellules pyogènes ?

M. Pitsch. — Le formol est diffusible, il est antiseptique au plus haut degré ; de plus, il est caustique. Ce sont ces diverses propriétés qui me l'ont fait employer, et je m'en suis bien trouvé.

IV. — Dons au musée.

M. Papot. — Je suis chargé d'offrir cette pièce anatomique au

musée de l'école, de la part M. de Marion. Je suis également chargé d'offrir au musée, de la part de M. Goudschaux-Worms, un extracteur et un pélican anciens trouvés chez un brocanteur de Montevideo.

La Société adresse ses remerciements aux donateurs.

V. — L'émail fusible en art dentaire, par M. Léger-Dorez.

M. Léger Dorez donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*).

M. Papot. — M. Godon a formulé le désir, au dernier Congrès, qu'on fasse l'historique des divers procédés employés en art dentaire ; M. Léger-Dorez s'en est chargé pour un point. Il y a lieu de l'en remercier, d'autant plus qu'il nous démontrera son procédé le dimanche matin 9 janvier.

M. Léger-Dorez. — La maison Ash de Londres doit mettre à cet effet tout le matériel nécessaire à ma disposition, et en fait don à l'Ecole dentaire de Paris.

VI. — Cas d'hématome sous-muqueux sublingual consécutif à l'extraction d'une dent chancelante, par M. Poteau.

M. Papot. — M. Poteau, de Laval, m'a chargé de donner communication à la Société — dont il ne fait pas partie cependant, — d'un cas qui paraît offrir quelque intérêt. Si la Société le désire, la note de M. Poteau lui sera lue.

La Société, consultée, émet un avis favorable.

M. Loup lit la note en question (Voir *Travaux originaux*).

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
A. Loup.



REVUE DE L'ÉTRANGER

LA ROTATION IMMÉDIATE SUR L'AXE

Par M. W. H. Dolamore.

(Résumé extrait du *Dental Record.*)

L'opération de la rotation sur l'axe est une de celles que beaucoup d'entre nous envisagent encore avec quelque hésitation, et qui est presque considérée comme une pratique surannée. Certains auteurs : Salter, Coleman, Tomes, Smale et Colyer, semblent, en effet, la condamner complètement, à cause des objections qu'elle soulève.

On prétend qu'elle est plus douloureuse que les méthodes graduelles. Mais en est-il ainsi ? C'est une opération qui n'est pas sanglante, de sorte que, même si une administration de protoxyde

d'azote ne suffit pas, on peut procéder à une seconde avant que la connaissance soit revenue, notamment si la narcose est due à un mélange de ce gaz à l'oxygène. Dans un de mes cas, l'anesthésie a été prolongée pendant une période suffisante, en continuant l'administration du protoxyde au moyen d'un tube nasal et d'un robinet. Puisque nous avons ainsi un anesthésique parfaitement sûr et qui n'est pas désagréable, l'opération est loin d'être douloureuse, et, en fait, certains appareils employés, recommandés pour le traitement graduel, ne peuvent être regardés comme agréables. En ce qui concerne le traitement post-opératoire, l'avantage reste à la rotation immédiate sur l'axe.

On prétend aussi qu'elle risque d'entraîner la mort de la pulpe. Dans les cas où ce traitement peut être considéré comme l'idéal, c'est-à-dire pour les dents des enfants d'une dizaine d'années, le risque n'est pas grand. Certes, de petites artérioles sont étranglées, de petites fibrilles nerveuses sont comprimées ; mais elles reprennent aisément leur volume ou leur place. Chez les enfants plus âgés, le risque est plus grand, mais on l'a souvent exagéré. En raison de la petitesse du foramen apical, il est probable qu'il y a oblitération de l'orifice des vaisseaux ; mais cela ne suffit pas pour une occlusion permanente. J'estime que nous pouvons négliger les nerfs, car ils se remettent de toute compression si la circulation dans la pulpe est conservée. Si la rotation est pratiquée chez les adultes, peu importe que la pulpe soit vivante ou morte. Je comprends bien qu'il est préférable que la pulpe soit vivante, mais cela a peu d'importance quand on conserve une dent comme une partie saine du corps, pourvu que l'on protège le périoste contre les influences septiques. S'il y a des signes de mort, ouvrir la chambre pulpaire, enlever le sang, etc., avant que les pigments du sang aient imprégné et teinté la dentine, la cavité étant obturée avec le ciment le plus blanc, couvert à son tour par une aurification. On attache trop de poids, suivant moi, à la mort de la pulpe dans ces conditions. Peu d'entre nous peuvent affirmer n'avoir jamais exposé et détruit une pulpe inutilement pendant l'excavation d'une dentine cariée. *Errare humanum est.* Mais, autant que mon expérience me l'apprend, la mort de la pulpe due à la rotation immédiate est parfaitement indolore. La pulpe meurt parce que les vaisseaux sont étranglés ou déchirés lors de l'opération ; par suite, une inflammation traumatique passagère survient dans les tissus extérieurs de la dent.

Coleman prétend avoir vu une nécrose de la dent suivre cette opération. L'expérience prouve que la nécrose ne se produit pas si l'opération et le traitement post-opératoire sont faits suivant les règles de l'asepsie. Il est possible que dans le cas de Coleman la nécrose ait été due à la fracture de la racine, courbe peut-être et non droite. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point.

J'ai déjà dit que l'âge de 10 ans est le meilleur moment pour pratiquer l'opération, alors que la racine a atteint toute sa

longueur ; mais quand le foramen apical est grand, et quand elle doit être pratiquée chez des sujets plus âgés et chez des adultes, elle offre l'avantage d'être rapidement achevée. Les adultes ne portent pas longtemps d'ordinaire un appareil visible sur le devant de la bouche, et dans cette opération cet appareil n'a besoin de demeurer que quelques jours. Les incisives centrales se prêtent le plus aisément à ce traitement ; mais si les centrales ont été tournées, on ne voit pas pourquoi on n'essayerait pas d'en faire autant avec les canines. Latérales et canines sont beaucoup plus sujettes à avoir des racines courbées que les centrales, et une racine crochue est naturellement un obstacle à la rotation. Les rayons Roentgen nous donnent le moyen de connaître la forme des racines. Dans tous les cas, il me semble peu sage d'employer la force au delà d'un certain degré. Il n'est pas possible d'évaluer cette mesure, mais l'expérience permet de le faire par comparaison avec la mesure nécessitée dans les cas antérieurs et avec celle que nous apprenons graduellement à développer pendant l'extraction.

Quant au mode d'opérer, j'ai peu à ajouter à ce que contiennent les livres ; mais ceux-ci, à mon avis, ne s'étendent pas assez sur le danger que la dent saute de son alvéole. Pour éviter cela, je place entre les mors du davier un morceau de caoutchouc ordinaire, d'une dimension suffisante pour reposer sur le bord tranchant de la dent. Quand le davier est enfoncé pour saisir la dent, la pression du caoutchouc empêche la dent de venir. Il serait aisé de construire un davier avec un arrêt devant s'appuyer sur le bord de la dent ; mais le moyen que j'indique est efficace et rend inutile l'emploi d'un instrument spécial qui, dans la pratique, serait de peu d'usage.

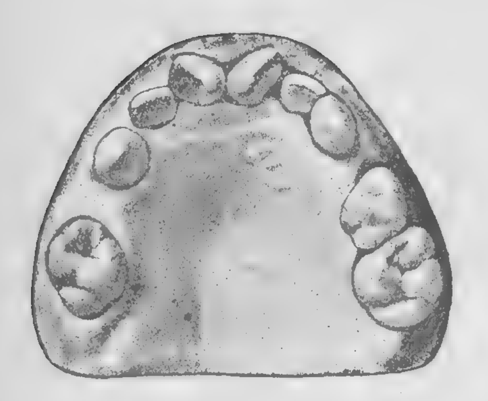
Les fig. 1 et 2 se rapportent à une fillette de 9 ans qui se présenta au *Dental Hospital* de Londres. Je décidai d'essayer de redresser les deux incisives centrales par la rotation immédiate. L'opérateur prit des empreintes, et, après avoir découpé les dents et les avoir remises en position dans le moulage, il fit une attelle en vulcanite avec un fil de fer passant sur la surface labiale des dents. La patiente ne se représenta pas avant trois mois, mais je l'opérai alors pendant l'anesthésie au protoxyde et à l'éther. Le davier d'extraction ordinaire à mors droits fut employé, et un morceau de ruban fut passé au-dessus du bord tranchant de la dent, et saisi au bord cervical pour empêcher celle-ci de sauter. Cependant c'était insuffisant, car l'incisive gauche glissa légèrement de l'alvéole, je repoussai la dent, complétai la rotation des deux dents et j'introduisis l'attelle. La patiente devait revenir deux jours après, mais ne reparut qu'au bout de six semaines ; alors je constatai qu'elle ne portait plus l'attelle depuis la semaine qui avait suivi l'opération, mais que les dents étaient en bon état (fig. 2), et d'une couleur absolument normale, et aucune ne présentait de réaction marquée à l'essai par la chaleur.

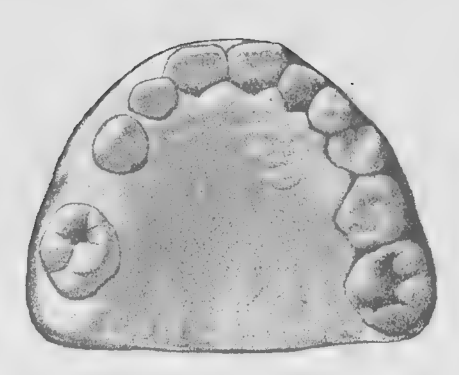
C'est le saut de cette dent qui me conduisit dans cette opération et autres semblables à faire usage du morceau de caoutchouc mentionné.

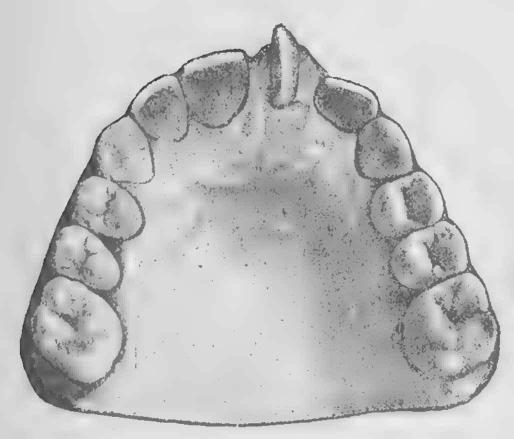
La fig. 3 se rapporte à une fillette de 13 ans qui se présenta au *Dental Hospital.* Je décidai la rotation immédiate et pris l'empreinte. Sur le modèle corrigé, je fis une attelle Hammond large et galvanisée, passant derrière les bicuspides. J'aurais pu le faire dans la bouche, si je n'avais pas voulu conserver trace du cas. A une visite ultérieure, pendant la narcose au protoxyde d'azote et à l'éther, je tournai la dent dans sa position normale, en me servant d'un arrêt de caoutchouc et saisissant la dent d'abord par ses faces mésiale et distale, puis par ses faces labiale et linguale. Une fois tournée, la dent se trouvait dans un plan légèrement antérieur à celui de ses voisines. Si la dent tourne autour du centre de son grand axe, elle doit nécessairement être dans cette position antérieure. Je fixai donc l'attelle Hammond, qui s'ajusta sans ligatures, quoique j'en employasse une ou deux. Je pris alors un morceau de roseau à polir, et, en coupant un coin, je le poussai entre la face labiale de la dent et la barre antérieure de l'attelle. Cela amena la dent dans sa position exacte. La patiente revint 15 jours après, et la dent était absolument normale dans sa couleur et sa position. J'enlevai l'attelle et prescrivis un lavage de la bouche.

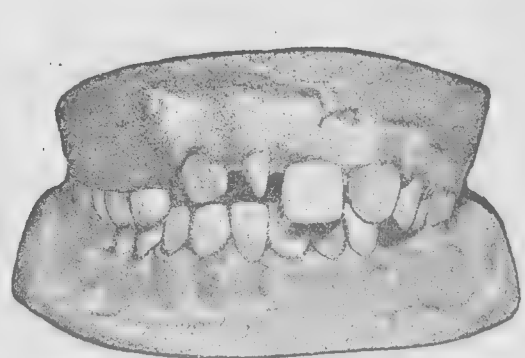
La fig. 4 est celle d'une fillette de 11 ans à qui on avait enlevé la canine supérieure gauche et qui se présenta au *Dental Hospital.* La position de la dent à angle droit avec la position normale était cause que le bord incisif venait en contact avec celui des dents inférieures, de sorte que l'éruption en avait été retardée de moitié. L'espace entre l'incisive latérale et l'incisive centrale n'était pas suffisant pour permettre à la dent de rester dans sa position normale. Un ruban élastique fut donc passé — avec quelque difficulté — par-dessus l'incisive latérale, et de là en arrière sur les première et seconde bicuspides. On prit une empreinte et l'on fit une plaque de rétention semblable à celle employée dans le premier cas. Après que le ruban eut été porté une semaine, on avait obtenu assez de place pour le but poursuivi, de sorte que pendant la narcose au protoxyde et à l'éther, je pratiquai la rotation comme dans le dernier cas cité. La dent, une fois dans sa position normale, ne montra plus de tendance à s'en écarter. Probablement que l'incisive latérale s'avança de nouveau vers le dedans, serrant la dent dans une certaine mesure. Par conséquent, la plaque de rétention ne fut pas employée. Une semaine après, la dent était parfaitement saine, et bien solide dans sa nouvelle position. J'ai revu la patiente six mois après (fig. 5), et la dent avait fait éruption dans une mesure considérable. Elle a, il est vrai, 1/16 de 0 m. 025 de sa longueur normale ; sa couleur est bonne ; la dent est solide et n'a pas gêné le patient. Pas de réaction apparente à la chaleur, pas plus d'ailleurs que sur les autres dents. Il est clair, d'après une enflure de la gencive, que la canine extraite était temporaire, la permanente est sur le point de faire éruption et a besoin de place.

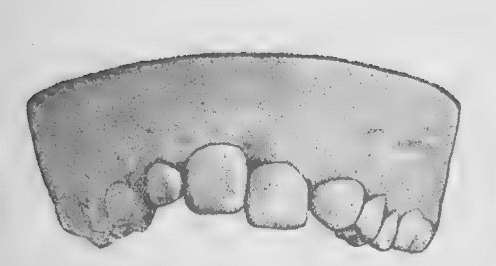
Le cas suivant est celui d'une jeune fille de 16 ans. Les dents

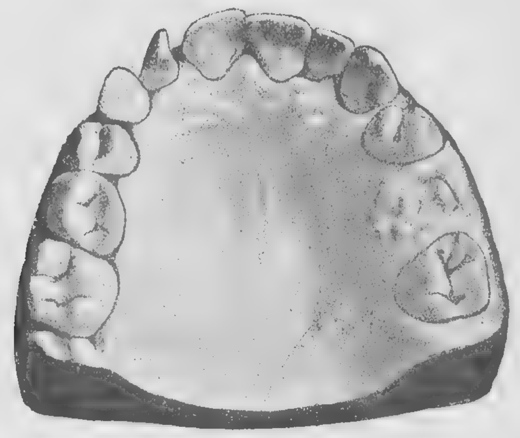

Fig. 1.


Fig 2.


Fig. 3.


Fig. 4.

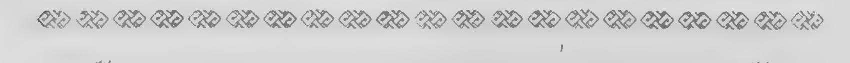

Fig. 5.


Fig 6.



latérales avec leurs racines légèrement aplaties et d'une structure fragile ne conviennent pas à l'opération aussi bien que les centrales; de plus, la patiente est plus âgée qu'il ne faut. Toutefois, comme elle devait partir pour l'étranger quelques semaines après, je décidai de tenter la rotation immédiate, sans promettre le succès. Une plaque de rétention ayant été faite, le protoxyde d'azote administré, j'essayai de faire tourner la dent avec les mêmes précautions que dans les deux derniers cas. Je suis sûr que la dent a bougé ; mais en employant la force qui me semblait nécessaire, je ne pus obtenir d'effet positif. Une tentative le lendemain demeura également sans succès. Je renonçai donc au projet et disposai un appareil fixe avec rubans élastiques. J'employài autant de force que dans les autres cas, mais moins que pour extraire une dent semblable.

La fig. 6 représente le cas d'un jeune garçon de 13 ans qui venait au *London Hospital.* Je fis une attelle en fil métallique Hammond, passant derrière les prémolaires, qui s'adaptait assez exactement pour n'avoir pas besoin de ligatures. Après la narcose, je tournai la dent avec les mêmes précautions que dans les autres cas. J'eus beaucoup de difficulté dans cette rotation, mais je réussis à remettre la dent dans sa position exacte. J'ajustai dans l'attelle. Trois jours après, le sujet revint, n'ayant été que fort peu incommodé ; mais la dent s'était retournée en arrière de la moitié de la distance environ, soit 45 degrés. C'était dû évidemment à ce que l'attelle ne suffisait pas. Je préfère certainement une attelle qui prend mieux la dent qu'une attelle Hammond ; mais dans un hôpital général, on pense que celle-ci suffit. Cependant, je suis d'avis de laisser la dent quelques semaines, puis de compléter la rotation. Quand je tournai la dent, il y eut un arrêt dans la rotation à la position que la dent a prise. Il est clair que la racine est aplatie et que l'alvéole courbé a, à cause de son élasticité, ramené la dent en arrière à une position de repos. Sitôt après l'opération, je n'estimai pas utile de prendre l'empreinte, de sorte que je ne puis pas fournir de dessin représentant la nouvelle position de la dent.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DENTISTES PATENTÉS, CONFECTION DES LISTES, DENTISTES PATENTÉS ANTÉRIEUREMENT AU 1er JANVIER 1892, MAIS NON EN 1891. SITUATION LÉGALE.

Par M. Em. Roger, avocat à la Cour d'Appel.

L'Administration procède en ce moment à la revision des titres sur lesquels les dentistes transitoires se fondent pour exercer l'art

dentaire par application de l'article 32 de la loi du 30 novembre. Ce travail n'avait point encore été fait jusqu'à présent, bien que la loi soit exécutoire depuis un certain temps déjà. La grande majorité d'entre eux ont justifié d'une patente prise antérieurement au 1er janvier 1892, avec exercice continu et sans interruption depuis l'époque de leur inscription à la patente jusqu'à ce jour. D'autres, au contraire, ont présenté des patentes prises avant 1892, mais avec interruption d'exercice, notamment en l'année 1891. A ne consulter que le texte de la loi, il semble au premier examen qu'ils soient en droit de réclamer le bénéfice de l'article 32, puisqu'en réalité ils établissent qu'à une époque quelconque antérieure au 1er janvier 1892 ils étaient engagés dans les liens de la dentisterie. Mais l'Administration ne comprend pas ainsi leur situation légale, et voici le raisonnement qu'elle leur tient : « Oui, il est vrai, que vous avez été inscrits au rôle de patentes comme « dentistes » avant 1892, mais vous n'exerciez plus cette profession en 1891, puisque vous n'avez pas été inscrits pendant cette année 1891 ; vous n'êtes pas dans le cas des dentistes autorisés transitoirement à excercer par l'article 32, vous n'avez aucun droit à l'exercice de cette profession. Il y a une lacune dans votre inscription pour l'année 1891, cette lacune entraîne une déchéance contre vous, vous n'avez qu'à cesser, et fermer votre cabinet ».

On conçoit facilement l'état d'esprit des praticiens que l'on place ainsi sous le coup de la privation de leur gagne-pain par la suppression permanente et sans phrases de leur profession.

N'y a-t-il pas quelque chose d'excessif et d'arbitraire dans une pareille prétention ? C'est ce que nous avons à rechercher, — et l'intérêt considérable de la question nous a amené à la traiter ici d'une façon complète, dans la pensée de calmer les légitimes appréhensions de ceux qui se trouvent ainsi menacés dans leur existence professionnelle.

Nous savons que le Conseil d'Etat, consulté en 1890 sur l'application des dispositions transitoires, a été d'avis que le bénéfice de l'article 32 pouvait être accordé :

1° Aux dentistes associés secondaires d'une Société en nom collectif, à la condition que l'acte de Société ait date certaine avant le 1er janvier 1892 ;

2° Aux dentistes qui, exerçant en 1891, n'ont point été inscrits à cette date par suite d'une omission de la part de l'Administration. — C'était trop juste ;

3° Aux dentistes qui, patentés antérieurement au 1er janvier 1892, n'ont pas été inscrits à cette date par suite de *circonstances accidentelles ou temporaires*, s'ils établissent que c'est par un *cas de force majeure* qu'ils n'ont pas été inscrits au 1er janvier 1892 et justifient par la production d'une patente antérieure à cette date qu'ils exerçaient leur profession avant l'époque fixée par le législateur.

Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs

sur ce paragraphe, qui semble avoir inspiré l'Administration et être le fondement de sa prétention. « Invoquez-vous, peut-elle dire conformément à l'avis du Conseil d'Etat, des circonstances accidentelles ou temporaires dues à un cas de force majeure, pour expliquer votre non-inscription à la patente en 1891 ? Si oui, et si elles sont dûment établies, vous pouvez continuer l'exercice de votre profession ; sinon, il ne vous reste qu'à fermer. »

Quels sont donc les cas de force majeure admis par l'Administration ? Le service militaire au premier chef, la maladie même ; mais quelle solution à donner à la situation de ceux qui, s'étant retirés des affaires dentaires en 1890, ont dû reprendre par nécessité, en 1894, par exemple, leur ancienne profession ? Ceux-là ne justifient pas de la patente de 1891, puisqu'ils n'étàient plus dentistes à ce moment. Peut-on as imiler la cessation de l'art dentaire, après fortune faite, à un cas de force majeure ? Nous ne le croyons pas, le cas de force majeure devant être défini ainsi : « Cas qui n'a pu être prévu par aucune force humaine », il ne serait pas logique de dire que le fait, par un dentiste, de se retirer des affaires, n'a pas pu être prévu par lui. Nous pouvons même dire, et cela s'explique d'ailleurs, qu'il n'est pas un praticien qui ne conçoive l'espérance de se reposer un jour sur le terrain conquis. Donc la circonstance de la fortune faite n'est pas assimilable à un cas de force majeure, et l'Administration pourrait dès lors refuser à ce dernier l'inscription sur les listes médicales.

Serait-ce juste et n'y aurait-il aucune voie de recours contre une semblable prétention ?

Ce ne serait pas juste, et s'il est vrai que l'autorité administrative n'a point à interpréter la loi, mais à l'appliquer presque aveuglément, il est une autre juridiction, qui, elle, est établie justement pour se livrer à cette interprétation et statuer sur tous les intérêts particuliers lésés en dernière analyse : nous voulons parler des tribunaux judiciaires ou de droit commun.

Nous conseillons donc à tous les praticiens inscrits avant 1892, mais non en 1891, de provoquer en quelque sorte la constatation, par le commissaire de police, du délit d'exercice illégal de l'art dentaire, en déclarant vouloir exercer quand même. Nous aurons ainsi une nouvelle catégorie de délinquants bien rares, la catégorie de ceux qui vont d'eux-mêmes déclarer à l'officier de police judiciaire qu'ils violent la loi ; c'est assez original, mais c'est le seul moyen d'en sortir. Le procès-verbal dressé contre les contrevenants sera déféré au parquet. Là, deux solutions peuvent intervenir : ou bien le procès-verbal sera classé sans suite par le procureur de la République, comme ne constituant pas un fait atteignable ; ou bien des poursuites correctionnelles seront par lui ordonnées pour exercice illégal de l'art dentaire. Dans ce dernier cas les tribunaux judiciaires jugeront souverainement.

Quelle serait l'argumentation à tenir devant eux dans l'intérêt du praticien placé dans l'hypothèse de la fortune faite ? La voici : la loi du 30 novembre 1892 a été déclarée n'être

exécutoire que le 30 novembre 1893. Cependant elle a produit un effet rétroactif ferme, en n'admettant comme dentistes transitoires que ceux qui seraient patentés au 1er janvier 1892. Qu'a voulu le législateur et comment peut-on justifier une semblable disposition qui a, en fait, lésé tant de droits, que l'on pouvait considérer, à juste titre, comme acquis, les lois ne devant pas en général produire d'effet rétroactif? Il a voulu n'ouvrir la porte qu'aux dentistes qui par ce moyen auraient au moins deux années de dentisterie comme patrons, au moment de l'application de la loi. C'est en quelque sorte un stage de deux ans qu'il a réclamé de tous ceux dont il allait faire des dentistes transitoires. Eh bien, et celui qui justifie avoir été vingt ans dentiste antérieurement à 1892, serait-il juste et équitable de le rejeter parce qu'il n'aurait pas exercé en 1891? Poser la question c'est la résoudre, et nous sommes convaincu que les tribunaux prononceraient son acquittement; d'où la possibilité pour lui de continuer sa profession sans être de nouveau molesté par l'Administration, car il y aurait chose jugée à son profit.

Tel est notre avis, et nous estimons que si quelques-uns d'entre les contestés se voyaient la porte fermée par mesures administratives, il leur resterait encore la ressource de saisir de leurs cas particuliers l'autorité judiciaire, qui, nous n'en doutons pas, car l'esprit de la loi, de même que l'équité, nous conduit à cette solution, déciderait certainement que :

Le praticien qui justifie par ses patentes avoir exercé antérieurement à 1892, doit bénéficier des dispositions transitoires, alors même qu'il se serait trouvé empêché d'exercer en 1891 par d'autres circonstances que celles découlant de la force majeure.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le Conseil de Direction de l'École dentaire de Paris, saisi, dans sa séance du 18 janvier 1898, d'une lettre ouverte émanant de M. le Dr Rolland, à l'adresse de M. Ch. Godon, directeur de l'École, saisi également de la réponse que celui-ci avait l'intention de faire, estime que M. Godon n'a pas à engager de polémique avec M. le Dr Rolland, l'invite à s'abstenir de toute réponse, et passe à l'ordre du jour.

(*Extrait du procès verbal*)

Pour copie conforme : *Le Secrétaire*, Dr E. Sauvez.

Assemblée générale du 26 décembre 1897.

RAPPORT DE M. MARTINIER

Secrétaire général.

Messieurs,

Le projet de location et d'acquisition d'un immeuble pour transférer l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris, que vous avez adopté en assemblée générale extraordinaire le 6 avril 1897, est aujourd'hui réalisé. C'est dans notre nouveau local de la rue de la Tour-d'Auvergne, 45, et de la cité Milton, 5 *bis*, que nous nous présentons devant vous.

L'Ecole actuelle est installée définitivement, et, comme vous avez pu vous en rendre compte, ses services sont aménagés dans les différentes salles nouvellement construites, avec toute l'étendue, le confort et les progrès que l'on pouvait désirer dans une institution du genre de celle-ci.

Cette installation est le résultat d'une année de labeur extraordinaire, qui a demandé à vos mandataires un dévouement de tout instant.

Malgré le léger retard apporté dans l'édification des nouveaux bâtiments, retard inévitable lorsqu'il s'agit d'un projet mis de bout en si peu de temps, les différents services de l'Ecole et du Dispensaire n'ont pas un seul jour été interrompus, et aucun des malades qui s'y sont présentés n'a pu s'apercevoir des difficultés énormes que créent le déménagement d'une institution de cette importance, et la construction de bâtiments en rapport avec ses besoins.

C'est certainement grâce à l'énergie et à la ténacité de notre cher Directeur, soutenu et secondé par le précieux concours que lui a apporté le Conseil d'administration, que cette tâche a pu être menée à bien, et il est juste que vous soyez éclairés sur ce point, car il a poursuivi avec une vigueur inflexible la réalisation des projets indispensables à notre prospérité.

Ces résultats heureux sont d'autant plus méritoires que, indépendamment du travail considérable qu'exigeait cette transformation, l'année qui vient de s'écouler a été fertile en modifications et en perfectionnements de toutes sortes.

Notre enseignement est entré dans une voie de progrès qui le met complètement en rapport avec les nécessités actuelles. Les améliorations apportées ont trait :

1° A la prothèse, dont nous avons réorganisé l'enseignement, en lui donnant une importance égale à la dentisterie opératoire. Désormais elle sera enseignée chaque jour, matin et soir, et un personnel composé d'un professeur, de deux chefs de clinique, sept démonstrateurs, un chef des travaux pratiques, un chef de laboratoire et un préparateur, donnera aux élèves un enseigne-

ment d'après un programme longuement étudié et unifié le plus possible ;

2° A la bactériologie et à l'histologie, pour lesquelles on vient de créer deux postes de chefs de laboratoire ; MM. Choquet et Joseph, deux de nos travailleurs les plus jeunes et les plus appréciés, ont été nommés à la suite d'un concours auquel cette création a donné lieu ;

3° A la clinique d'anesthésie, à laquelle nous venons d'ajouter des démonstrations pratiques le samedi et le dimanche, qui seront faites par deux de nos professeurs s'occupant plus spécialement de cette question ;

4° Enfin à une quatrième année dite supérieure, qui a été créée dans le but de produire un certain nombre d'élèves destinés à augmenter en France et à l'étranger la réputation de notre Ecole, et à recruter notre corps enseignant, un peu trop délaissé par nos jeunes diplômés actuels.

Conformément à votre décision, ce corps enseignant se transforme profondément et s'augmente rapidement. Nous relevons, cette année, la nomination de MM. Poinsot et Isch-Wall comme professeurs honoraires, de MM. Barrié, Bonnard, Francis Jean, Sauvez et Touchard, comme professeurs titulaires, conformément au règlement ; de MM. d'Argent et Loup comme professeurs suppléants de clinique après un brillant concours ; de MM. d'Almen et Paulme comme chefs de clinique également après concours, enfin de MM. Borcier, Catton, Liskenne, Mahé, Schuler et Weber, comme démonstrateurs, ce dernier après concours.

A propos du corps enseignant, certains de ses membres dont l'assiduité avait laissé à désirer nous ont obligés à notre grand regret à les rappeler à l'observation du règlement. Malgré la gratuité de ces différentes fonctions, il est essentiel que ceux qui les acceptent soient bien pénétrés de l'engagement qu'ils prennent en posant leur candidature. Le règlement intérieur est difficilement applicable vis-à-vis de membres qui nous fournissent un concours dévoué et indispensable au développement de notre institution, concours qu'il est parfois difficile d'apporter d'une façon suivie, à cause des nécessités de nos clientèles. Notre situation d'école préparatoire crée à nos administrateurs de pénibles devoirs, car elle exige un fonctionnement absolument régulier et sans aucune interruption. Nous faisons donc appel en passant à leur dévouement pour l'Ecole, en demandant à certains d'entre eux une assiduité plus grande.

L'extension toujours croissante de notre Société exige aussi une administration impeccable. Les membres qui veulent bien nous aider de leur travail et entrer dans le Conseil d'administration doivent avoir à cœur le mandat que la majorité de leurs confrères leur a confié.

Pour nous conformer aux vœux qui nous ont été émis plusieurs fois déjà, il nous a semblé utile de vous faire connaître le nombre des présences des membres du Conseil aux séances qui se sont tenues cette année.

Le tableau dont je vais vous donner lecture vous permettra de constater qu'à peu d'exceptions près chacun a tenu à prendre sa part de travail.

Le Conseil a tenu seize séances, du 29 décembre 1896 au 22 décembre 1897. — Ont compté :

MM.	Bioux	8	présences	MM.	De Marion	10	présences
	Bonnard	14	—		Martinier	15	—
	Choquet	3	—		Monnet	9	—
	D'Argent	11	—		Papot	16	—
	Godon	15	—		Prest	7	—
	Francis Jean	1	—		Prével	9	—
	Jeay	1	—		Richard-Chauvin	8	—
	Legret	6	—		Sauvez	7	—
	Lemerle	14	—		Stévenin	10	—
	Löwenthal	10	—		Viau	15	—

Si nous examinons rapidement les faits les plus saillants de cette année, nous pouvons constater une activité surprenante. L'Exposition de Bruxelles, à laquelle nous avons été invités à prendre part, n'a pas donné les résultats que nous étions en droit d'attendre. Cela tient encore une fois au défaut de clarté dans le classement qui s'est opéré au comité d'organisation. Lors de la visite des membres du jury, nous avons été renvoyés à une autre classe que celle où l'on nous avait précédemment placés, et nous avons dû être examinés par un jury supplémentaire qui nous a certainement méconnus ; d'ailleurs une pétition est en ce moment en préparation pour saisir le ministre du Commerce de cette question.

Mais, d'un autre côté, le Congrès national que votre Société d'Odontologie a repêché lorsqu'il s'apprêtait à sombrer cette année, et qu'elle a organisé à Paris de concert avec la Société odontologique et un certain nombre de confrères favorables à l'idée des congrès annuels, a remporté un magnifique succès par le chiffre élevé des congressistes, ainsi que par la valeur et le nombre de communications qui y ont été présentées.

Comme vous avez pu le constater, le journal de l'Ecole et de l'Association générale des dentistes est devenu bi-mensuel depuis juillet dernier. Ce désir louable de renseigner plus vite les membres de nos Sociétés sur les faits professionnels et les travaux nouveaux qui peuvent se produire dans le courant du mois doit être accueilli avec satisfaction par nos membres et devait vous être signalé. Il convient également de vous rappeler combien notre dévoué administrateur M. Papot consacre de temps et de travail à la prospérité de notre journal, et combien il mérite nos remerciements.

Mais puisque je suis entré dans la voie des éloges mérités, il m'est impossible de passer sous silence l'activité déployée par M. Bonnard, qui vient de réorganiser — on pourrait même dire organiser — notre bibliothèque, sur des bases qui en font un des avantages les plus importants pour nos sociétaires.

J'aurais pu vous entretenir des dons considérables qui ont été

faits cette année à notre musée et à notre bibliothèque, mais nous nous réservons de remercier ces généreux donateurs dans une séance prochaine.

Il me reste à vous faire connaître notre situation morale à la fin de notre mandat, laissant à notre dévoué trésorier le soin de vous exposer avec sa clarté habituelle la situation financière.

Nous avons à déplorer, hélas ! comme chaque année, la mort d'un nombre assez considérable de nos membres, MM. Bertaux, Meunier, Demaigné, de Flaugergues, Potel et le docteur Sicard. Le décès de M. Chrétien, un de nos anciens trésoriers, un des premiers collaborateurs de la Société, qui avait acquis dans notre profession une juste notoriété, nous a été particulièrement sensible. Permettez-moi d'envoyer une dernière fois l'expression de nos regrets à ce confrère estimé de tous.

L'âge de nos élèves devrait nous épargner le triste devoir de vous parler de décès survenus dans leurs rangs. Cependant, un de nos plus jeunes diplômés, M. Mariez, qui par son travail et par les résultats qu'il avait obtenus aux examens, nous avait permis de fonder sur lui un grand espoir pour l'avenir, a été enlevé au commencement de cette année. Puis deux de nos bons élèves en cours d'études, MM. Delacou et Pourveur, ont suivi leur camarade dans la tombe.

Malgré les vides que créent chaque année les décès survenus, le nombre de nos sociétaires augmente néanmoins ; nous avons admis cette année MM. Bosson, de Hambourg, Fortier, Péters, Richard-Chauvin fils, Mme Salomon, MM. Briggiotti, Toulouse, Baudelot, Cossas, Catton, Klein, Liskenne, Léger-Dorez, Dr Monnet, Picot et Quillet de Paris ; Longuet, de La Rochelle ; Barthélémy, Drs Rosenthal père et fils, et Michel Rosenthal de Nancy ; Carrié de Toulouse ; Dipparaguerre de Bordeaux ; Dubourg d'Arcachon, Gauthé de Troyes ; Pastariano de Constantine et Wisner de Strasbourg.

De tous côtés donc notre situation se présente prospère, et l'avenir apparaît sous d'heureux auspices. A nos efforts pour progresser toujours, répond immédiatement le succès qui les couronne. C'est ainsi que, pour cette scolarité, le nombre de nos élèves s'élève au chiffre de 135, qui n'avait jamais été atteint à cette époque de l'année scolaire.

C'est pourquoi votre Conseil d'administration, confiant dans l'avenir et voulant l'établir sur des bases plus solides encore, ouvre dès aujourd'hui la souscription dont la circulaire que vous avez reçue vous fait connaître le but. Des voix plus autorisées que la mienne, celles de M. le Président et de M. le Trésorier, vous donneront à ce sujet beaucoup mieux que moi les renseignements qui peuvent vous être nécessaires.

Nous allons dans un instant passer à la discussion des modifications au règlement intérieur, que le Conseil d'administration vous propose. Elles nous sont dictées par l'expérience qu'acquièrent chaque année ceux que votre confiance a placés à la tête de l'administration de cette école, et elles n'ont d'autre but que de recher-

cher les meilleures conditions pour le recrutement équitable et toujours progressif de notre corps enseignant, en tenant compte des situations respectives de tous les membres de notre profession. Celles qui ont été adoptées l'année dernière ont fait l'objet d'une pétition au ministère de l'Intérieur, dont nous attendons une solution favorable prochaine.

Le Conseil d'administration de l'Ecole, en vous rendant compte de sa gestion, est donc tranquille. Malgré les difficultés rencontrées dans notre marche ascendante, il vous présente aujourd'hui une situation prospère et digne de satisfaire les plus sévères. Il a confiance dans votre jugement, et les fonctionnaires qu'il a élus et qui ont exécuté ses décisions peuvent sans crainte se présenter devant vous.

Avant de terminer, un dernier mot. Par suite des circonstances exceptionnelles que nous venons de traverser, la séance d'inauguration de notre nouveau local et de réouverture des cours a été retardée cette année. Elle n'aura probablement lieu que vers la fin de janvier. Le Conseil d'administration, dans sa dernière séance, a décidé de vous demander de ratifier la proposition suivante :

« Les membres du bureau actuel qui seront réélus ce soir conserveront la responsabilité et la direction de la séance d'inauguration, et ne remettront leurs pouvoirs que le lendemain de celle-ci. »

Je vous demande de voter cette proposition, car je suis persuadé qu'il vous semblera logique, comme à nous, que ceux qui ont assumé les grosses responsabilités qui leur incombaient cette année, puissent accomplir jusqu'au bout le mandat dont les avait chargés le précédent Conseil.

RAPPORT DE M. D'ARGENT.

Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

Si vous avez examiné l'état des finances, qui vous a été remis avec votre lettre de convocation, vous avez dû voir que le capital de notre Société s'est abaissé de 14.087 fr. 73 ; qu'il était de 85.102 fr. 08, au 30 septembre 1896, et qu'il n'est plus que de 70.294 fr. 35, au 30 septembre 1897.

Cette différence semble indiquer un exercice en perte, et, cependant celui qui vient de s'écouler a donné un excédent créditeur de 14.071 fr. 12. Ce sont les dépenses que vous avez autorisées pour nos agrandissements, et dont une partie figure déjà dans nos comptes, qui ont modifié le résultat de notre bilan.

De plus, nous avons retiré de « *l'Avoir* » 9.996 fr. 80 de créances douteuses, portant sur des souscripteurs et d'anciens élèves, dont la plupart sont morts ou n'ont aucun domicile connu.

Ces comptes seront tenus à part, et leur apurement confié à notre Commission du contentieux.

Il nous reste un gros problème à résoudre : *solder les frais de constructions et d'aménagements*, dont l'importance n'a pas dû vous échapper. Nous avons engagé, de ce chef, une somme totale de 70.019 fr. 25. Si votre trésorier a laissé l'Ecole entreprendre une dépense aussi forte, c'est qu'il était certain d'y faire face, sans nuire au crédit de la Société, et *avec ses seules ressources*.

La demande d'indemnité faite auprès des pouvoirs publics n'a d'autre but que de remédier à l'anémie de notre Caisse, employée à ces frais d'agrandissement.

Pour réaliser sans difficulté notre plan financier, nous vous ferons les deux propositions suivantes :

1° Confirmation de votre vote du 22 décembre 1897, en ce qui concerne le fonds de réserve, qui, aux termes de nos statuts, est *inaliénable*.

Vous avez décidé que le mot *inaliénable* serait remplacé par la phrase suivante : « Placé conformément à l'art. 9, ne peut être aliéné qu'après décision d'une assemblée générale, convoquée spécialement à cet effet et comprenant au moins le quart des sociétaires, ou qu'après décision d'une seconde assemblée, quel que soit le nombre des membres ».

C'est parce que les pouvoirs publics n'ont pas encore homologué votre demande, que nous vous proposons le renouvellement de votre vote ;

2° Autorisation à votre Conseil d'administration d'emprunter une somme de *dix mille francs*, à 4 0/0, pour faire face à toute éventualité, au cas où l'autorisation d'aliénation du fonds de réserve serait encore retardée ou serait refusée. L'Association générale des dentistes de France, notre Société-sœur, nous ferait cette avance, si besoin se trouvait.

Dans ces conditions, nos ressources seraient composées ainsi qu'il suit :

En caisse	26.965,20
Fonds de réserve	11.577,00
Excédent de l'exercice en cours	11.000,00
Emprunt	10.000,00
Total	59.542,20

Nos dépenses engagées :

Constructions	70.019,25
Versements faits en 1897	16.882,05
Reste dû	53.137,20

Et il y aurait encore un excédent probable de 6.405 francs. De sorte que notre emprunt, s'il était nécessaire, serait réduit en fin d'exercice à 3.595 francs.

Ainsi que vous pouvez le constater, notre situation est excellente, et nous avons doté l'Ecole de la plus belle installation existant en Europe.

Par application des articles 69 et 71 de votre règlement intérieur, j'ai l'honneur de vous informer que les membres suivants

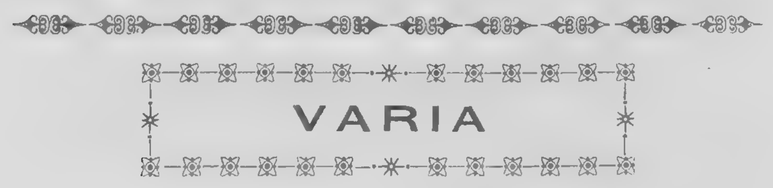
doivent être considérés comme démissionnaires, pour refus ou défaut de paiement de leurs cotisations : de Flaugergues, Wirth, Blondeel, Duperré-Nickelson, Hélot, Denis (à Saint-Denis), Gravières, Neveu.

Nos fonds disponibles, au 30 septembre 1897, s'élèvent à la somme de 48.226 fr. 36, ainsi détaillée :

En caisse	9 094,38
Au Crédit Industriel et Commercial	17.890,81
Effet à recevoir (en portefeuille)	50,00
Avances sur loyer et gaz	8.606,10
Prix Lecaudey	1.000,00
Fonds de réserve	11.577,07
1 Bon de l'Exposition de 1889	8,00
	48.226,36
Contre le chiffre du précedent inventaire	54.762,82
Soit une diminution de	6.536,46

Au nom du Conseil d'administration, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir ratifier ces comptes, ainsi que le projet de budget suivant pour l'exercice 1897-98 :

En dépenses : 60.600 francs. ; en recettes : 61.860 francs.



UN RATELIER PERDU.

Les tribunaux viennois ont jugé récemment une amusante affaire. Il y a quelques semaines, une dame fort élégante, qu'accompagnait un officier de hussards, entrait dans un des principaux restaurants de la capitale. Le couple s'assit auprès d'une table, et se fit servir. Pendant le repas on entendit soudain le bruit d'un objet dur et retentissant, sur le plancher. Un garçon, passant par là, se baissa, ramassa la chose et, devant tous les consommateurs, l'offrit sur un plateau d'argent à la dame qui l'avait perdue. C'était un râtelier complet.

Quelques jours après, la même dame était traduite devant la justice par son dentiste, auquel elle n'avait point payé ce râtelier trop mobile, et le râtelier figurait parmi les pièces à conviction.

Interrogée par le magistrat, l'élégante Viennoise déclara qu'elle s'était engagée à payer son râtelier quinze jours seulement après livraison, afin de s'assurer qu'il allait bien ; la déplorable aventure du restaurant démontrait assez qu'il allait fort mal. Après quoi, elle réclama reconventionnellement des dommages-intérêts, affirmant que la maladresse révélatrice du dentiste lui avait nui gravement dans l'exercice de sa profession.

Le tribunal, en sa sagesse, jugea que le dentiste était dans son tort, et le condamna à reprendre son râtelier ; il fut pudiquement muet sur la question des dommages-intérêts.

La fortune de Thomas Evans.

La fortune du docteur Thomas Evans, récemment décédé, fortune qu'on évalue à 25 millions, n'ira décidément pas à la Ville de Paris, comme le défunt l'avait naguère laissé espérer.

Nous avons pu connaître, en effet, les dispositions testamentaires de l'ancien dentiste de l'empereur Napoléon III, et nous croyons intéressant de signaler les principales.

On sait que le docteur Evans se piquait d'être philanthrope. Or, entre autres surprises contenues dans le testament, on relève cette particularité qu'il ne laisse pas un centime aux œuvres à la fondation desquelles il avait contribué de son vivant, notamment au « Home », œuvre destinée à venir en aide aux jeunes filles américaines qui viennent à Paris achever leurs études.

Les héritiers directs sont aussi bien traités : le testament ne leur attribue qu'une somme absolument insignifiante.

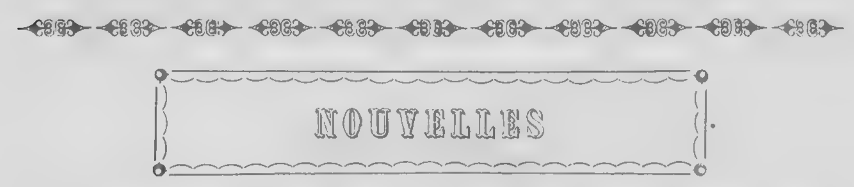
Par contre, le docteur Evans lègue à la ville de Philadelphie, sa ville natale, une somme d'environ 20 millions, à charge par elle d'exécuter certaines clauses spéciales qui ont un caractère assez piquant. C'est ainsi que la ville de Philadelphie devra faire construire un musée qui s'appellera « Musée Evans » et où seront soigneusement étiquetés et catalogués les médailles, décorations, insignes divers, habits et papiers du défunt.

Elle devra, en outre, ériger sur l'une de ses places publiques, une statue du docteur Evans dont le prix ne devra pas être moindre d'un million ni dépasser deux millions ! On voit que le célèbre dentiste tenait à avoir un beau monument.

Si la ville de Philadelphie refusait le legs qui lui est fait, ce legs ferait retour à cinq exécuteurs testamentaires désignés par le défunt et qui se le partageraient par portions égales.

Le journal *American Register*, qui appartenait au docteur Evans, devient, par une clause spéciale du testament, la propriété du rédacteur en chef, M. Crane, à charge par celui-ci d'y publier les notes, souvenirs, documents que le défunt avait recueillis et qui constituaient les éléments des « Mémoires » auxquels il travaillait quand la mort est venue le surprendre.

(*Le Figaro.*)



Le président de la République a visité, le 27 janvier, l'asile Sainte-Anne.

Avant de se retirer, le Président de la République a serré la main des professeurs. Il a remercié notamment M. Poinsot, président honoraire de l'Ecole Dentaire de Paris, qui donne gratuitement depuis quatorze ans les soins les plus éclairés et les plus dévoués à tous les pensionnaires de l'asile.

Nous sommes très heureux de ces remerciements si mérités adressés à notre excellent confrère.

Versement effectué par M. Vinsonnaud, 27, rue des Belles-Feuilles, à Paris-Passy, pour montant des 3 0/0 de la première année des assurances contractées par son intermédiaire à la compagnie *La Foncière-Transports-Accidents* par les membres de l'Association pendant les mois de novembre et décembre 1897.

Total des primes payées.......... .... 877.60

Montant des 3 0/0.. 26.45

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS ET RÉPONSES

? N° 48. — *Un dentiste diplômé d'une Ecole dentaire, mais non diplômé de la Faculté, doit-il être porté sur les listes affichées par les soins de la Préfecture, comme diplômé ou comme dentiste exerçant en vertu de l'article 34 (dispositions transitoires ?*

E. G.

Réponse. — Le diplôme d'une Ecole dentaire antérieur au vote de la loi n'est valable que pour dispenser de deux épreuves sur trois pour l'examen de la Faculté ; il ne donne pas le droit, pour son titulaire, d'être porté sur les listes préfectorales comme diplômé.

E. P.

? N° 49. — *Où commencent et où finissent les droits opératoires ou professionnels du chirurgien-dentiste ?*

S. G.

Réponse. — MM. Royer et Godon, dans leur ouvrage : « Le Code du Chirurgien-Dentiste », ont examiné cette délicate et importante question aux pages 160 et suiv., sous la rubrique « Du chirurgien-dentiste dans ses rapports avec l'art médical ». Nous ne pouvons que vous engager à vous y reporter.

E. P.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.
CONSEIL DE DIRECTION.

Séance du 10 août 1897.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Martinier annonce que le Conseil municipal a voté une subvention supplémentaire de 500 francs à l'Ecole.

Il donne ensuite lecture de la correspondance.

MM. Leger-Dorez, Carrié et Baudelot sont admis membres de la Société.

Renvoi au conseil de famille, de la demande d'admission de M. P.

MM. Reymond frères offrent un prix à choisir (Ce choix est laissé au soin du président de la Commission scolaire).

Acceptation des conditions du bail pour le 2e étage de l'immeuble de la Société.

M. Godon annonce l'envoi de la protestation précitée, au Congrès de Moscou.

Des félicitations sont votés à M. Strauss, membre du Comité de patronage de la Société, en raison de son élection au Sénat.

M. Godon fait connaître qu'il a entrepris des démarches en vue de l'admission des élèves de l'École dans les services hospitaliers de l'Assistance publique.

M. le Secrétaire général est chargé d'inviter les membres du corps enseignant à s'entendre lorsqu'ils prennent leurs vacances, de façon à ne pas laisser leur service en souffrance.

Une demande d'exonération des droits supplémentaires exigés pour les examens d'octobre, présentée par M. F..., est repoussée, cet élève ayant obtenu une bourse du Conseil municipal.

Renvoi à la commission de l'Exposition de 1900, d'une lettre de M. Cazeaux relative à cette Exposition.

Sur rapport de *M. Bonnard*, M. le Dr Isch-Wall est nommé professeur honoraire, MM. Bioux, Legret et Martial Lagrange sont nommés chefs de clinique honoraires, M. de Lemos, démonstrateur honoraire.

Un concours pour la nomination des chefs des laboratoires d'histologie et de bactériologie est fixé à la première semaine d'octobre; le programme en sera élaboré au prochain Conseil.

M. F... est autorisé à se présenter au concours de chefs de clinique.

Sur la proposition de *M. Papot*, la brochure mentionnera les noms des professeurs en regard du cours qu'ils professent.

Séance levée à 11 heures.

Le secrétaire,
BONNARD.

Séance du 28 septembre 1897.
Présidence de M. GODON, président.

Séance ouverte à 9 heures.

Présents: MM. Bioux, d'Argent, Martinier, Prest, Papot, Stévenin, Viau.

Excuses de MM. Richard-Chauvin, Prével et Monnet.

Adoption du procès-verbal.

M. Bioux remercie de sa nomination comme chef de clinique honoraire; il continuera son service autant que le Conseil d'administration le jugera utile.

M. Godon fait part de la mort de Mme Bertaux (de Soissons); il a exprimé à son mari les sentiments de condoléance des deux Conseils. Il annonce également que M. Bertaux offre trois prix aux élèves de l'Ecole.

M. d'Argent fait connaître que la préfecture de la Seine accorde deux prix au lieu d'un.

M. Godon annonce que M. Lecaudey fait don au musée de l'Ecole de la collection Préterre.

Sur la proposition de *M. d'Argent*, l'ordre du jour suivant est voté:

« Le Conseil de direction de l'Ecole et Dispensaire de Paris, voulant témoigner à M. Lecaudey, son président honoraire, toute son admiration pour le concours généreux et infatigable qu'il n'a cessé de prodiguer à l'Ecole Dentaire de Paris, qui lui doit une bonne part de son succès, de son développement et de sa splendeur, et notamment pour le don inestimable qu'il vient encore de lui faire de la célèbre et très intéressante collection Préterre, lui adresse ses remerciments les plus chaleureux, et délègue son Bureau tout entier pour lui donner connaissance de son unanime admiration, et lui exprimer sa vive reconnaissance. »

M. Godon fait connaître que la Société d'Odontologie tiendra une séance extraordinaire, à l'occasion de la venue à Paris du Dr Bonwill.

Sur la proposition de *M. Viau*, il est décidé qu'une médaille sera offerte par la Société à ce dernier.

Des remercîments sont adressés à M. Durst pour le don du buste de P. Dubois.

M. Billebault sera informé que sa démission est considérée comme non avenue, ses fonctions de démonstrateur cessant avec la prochaine scolarité.

Congé de trois mois accordé à M. Schiller.

MM. Stévenin et de Croes font acte de candidature pour le concours de chef de clinique.

M. Godon annonce qu'il a formé, le 31 juillet, une demande de subvention sur les fonds du Pari mutuel au profit de l'Ecole.

Il annonce également que le jury de la classe d'Hygiène de l'Exposition de Bruxelles s'est déclaré incompétent sur l'exposition de l'École et a renvoyé au jury d'une autre classe le soin de statuer. Il a appris, d'autre part, que l École a obtenu une mention honorable.

La déclaration du changement de local a été faite au recteur de l'Académie. Administrateurs : MM. Godon, Martinier, d'Argent.

M. Martinier communique une lettre de la préfecture de la Seine indiquant l'attribution des quatre bourses de la Ville, et des deux bourses de l'Ecole.

Il donne ensuite lecture de la correspondance et des réponses faites.

Admission de MM. Peters et Longuet comme membres de la Société.

Sur le rapport de *M. Papot*, au nom du jury du concours de professeurs suppléants de clinique, MM. d'Argent et Loup sont nommés à ce poste.

Félicitations à M. d'Argent pour son brillant concours.

Admission de MM. Daubrenne, Guillaumin, Cornier, Yung et Dorey, comme élèves réguliers, et de M. Lyonnet à titre étranger (sous réserve de l'enquête pour ce dernier).

Il est décidé que, dès que la construction du local sera terminée, elle sera soumise à l'examen du Conseil technique de la Société.

A l'occasion d'un voyage de M. Mendel Joseph en Amérique, le Conseil confie à ce dernier une mission d'étude sur la micrographie et l'histologie, ainsi que sur l'organisation d'un laboratoire spécial, et lui alloue une subvention de 300 francs.

Tirage au sort des jurys de concours.

Concours pour le poste de chef de clinique.

MM. Blocman ; Viau, suppléant ; F. Jean ; Touchard ; Loup, 1er suppléant; Bonnard, 2e suppléant ; Bioux, délégué du Conseil.

Concours pour le poste de démonstrateur de dentisterie.

MM. Ronnet ; Lemerle, suppléant ; Barrié ; Heïdé ; Sauvez; d'Argent, suppléant, délégué du Conseil.

Séance levée à minuit.

Le secrétaire,
L. Bioux.

Séance du 26 octobre 1897.
Présidence de M. Godon, président.

Séance ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Lemerle, Martinier, de Marion, Monnet, Papot, Prest, Prével, Sauvez, Stévenin, Viau.

Adoption du procès-verbal.

La démission de M. Fache (de Toulouse) est refusée.

Congé de trois mois renouvelable accordé à M. Richard-Chauvin pour raison de santé.

Ratification de la nomination de M. Détroyat comme mécanicien du laboratoire de prothèse.

M. Monnet lit une protestation relative à la délivrance par une école dentaire d'inscriptions refusées par l'Ecole Dentaire de Paris.

Il est décidé que l'Ecole rédigera une protestation dans ce sens, et la publiera dans le journal.

MM. Monnet et Martinier sont chargés de cette rédaction,

Adoption d'un rapport financier de *M. d'Argent* concluant : 1° à demander aux pouvoirs publics l'aliénation du fonds de réserve (11.500 fr.) ; 2° à emprunter 10.000 fr., si le Pari mutuel n'accorde rien (Renvoi au Bureau pour examen).

Le vote allouant une subvention de 300 francs à M. Joseph est confirmé.

Des remercîments sont votés à M. Lecaudey, qui a offert une préparation des nerfs et vaisseaux de la face, et à M. Michaëls, qui a fait don de nombreux livres et brochures.

Sur la proposition de *M. d'Argent,* il est décidé qu'il sera offert au Conseil municipal quatre bourses gratuites au lieu de deux contre quatre bourses payantes, et que le nombre des premières sera augmenté en même temps que celui des secondes.

Renvoi à la Commission d'enseignement d'une proposition de *M. Lemerle* tendant à mettre au concours les bourses de mécanicien.

M. Martinier lit la correspondance.

Congé d'un mois accordé à M. de Croës, sur sa demande.

Démission de M. Deville (de Château-Gontier). — M. Deville est nommé membre honoraire.

Admission de Mlle Salomon.

M. Bioux donne lecture du rapport du jury du concours de chefs de clinique, concluant à la nomination de M. Paulme à cette fonction. — Adopté.

Renvoi à la Commission d'enseignement, d'une proposition tendant à modifier les points de titres.

M. Bonnard lit, au nom de cette Commission, une proposition aux termes de laquelle des distinctions seraient demandées au Gouvernement en faveur de plusieurs membres dn corps enseignant, et des récompenses seraient accordées par l'Ecole à quelques autres.

M. Sauvez donne lecture du rapport de la Commission d'enseignement (Adopté)

Aux termes de ce rapport, la démission de M. Roger, mécanicien, est acceptée ; la titularisation de MM. Bonnard, Touchard, Martinier, Barrié et Sauvez, professeurs suppléants, est proposée.

Il est procédé au vote au bulletin secret sur cette dernière proposition, et les titularisations en question sont prononcées par 12 voix sur 12 votants.

Le rapport propose également la mise en disponibilité de deux chefs de clinique, qui est prononcée.

Adoption du rapport de *M. Papot*, formulé au nom de la Commission scolaire.

Séance levée à minuit un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

18e ANNÉE. N° 3. 15 FÉVRIER 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 48 pages, soit 8 en supplément ; il donne en plus 2 planches tirées hors texte.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

ÉTUDE CRITIQUE DES MEILLEURS PROCÉDÉS D'ANESTHÉSIE POUR LA CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. le Docteur SAUVEZ,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, Dentiste des Hôpitaux.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du* 11 *janvier* 1898.)

Nous n'avons pas la prétention de venir émettre une nouvelle méthode d'anesthésie dans l'art dentaire. Nous voulons seulement, nous aidant de nos études antérieures, de notre pratique personnelle, de l'expérience de tous, faire à chaque méthode son procès, balancer les avantages et les inconvénients de chaque système, et tirer de cette étude de fermes conclusions. Heureux serons-nous si ce travail fait naître une discussion où chacun dira ses préférences et montrera leur raison d'être. Le résultat sera pour beaucoup une règle de conduite, et pour tous le plus utile des enseignements.

I. — ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

Tout d'abord nous nous posons, en principe, comme adversaire presque absolu de l'anesthésie générale dans l'art dentaire. Vrai-

ment, faut-il mettre en regard l'opération de petite chirurgie qu'est si souvent la chirurgie dentaire, et la gravité de l'anesthésie chirurgicale? Ne devons-nous pas, et maintenant plus que jamais, avoir présents à la mémoire ces mots de M. le professeur Brouardel : « Rappelez-vous qu'aux yeux de la magistrature votre responsabilité sera plus engagée si vous avez endormi quelqu'un pour lui extraire une dent ou lui enlever une loupe que s'il a fallu pratiquer une amputation ou enlever un sein ». Faut-il rappeler, sans entrer dans les détails, les inconvénients inhérents à toutes les méthodes d'anesthésie générale?

Il suffit de recourir aux statistiques, si incomplètes qu'elles soient. On reproche toujours aux statistiques d'être faites dans un but déterminé, de vouloir d'une façon trop absolue substituer un procédé à un autre. En admettant ces reproches comme assez justes, on peut toujours tirer des chiffres mis en présence la fréquence relative de la mort résultant de l'anesthésie. Et cette preuve, due aux statistiques, est encore étayée par tous les faits qui, pour n'être pas publiés par les intéressés, parviennent quand même à notre connaissance et parfois à celle du public. D'après la thèse de Neyraud (Lyon, 1895), il s'est produit 241 cas de mort dans 1.069.890 anesthésies par le chloroforme ou l'éther. La proportion est donc de 1 mort par 4.439 anesthésies. Et à ces morts par l'éther et le chloroforme il faut encore ajouter celles dues au bromure d'éthyle, au protoxyde d'azote, etc.

Une statistique un peu plus récente, celle de Lindh (*Nordiskt. Med. Arkiv.*, 9.495) porte seulement sur 15.052 anesthésies; 18 morts se sont produites, c'est-à-dire 1/836. Et à ces accidents de mort Lindh ajoute les suivants: Asphyxie, 139; Syncope, 52; Ictère, 10; Albuminurie; 128; Affections pulmonaires, 36; Collapsus cardiaque, 43.

Riedel (*Berlin. Klin. Woch.*, 28 septembre 1896) a eu 9 cas de mort sur 13.000 chloroformisations, soit 1 mort sur 1.444 anesthésies.

Kappeler est arrivé à 300 cas de mort pour des anesthésies faites pendant une trentaine d'années.

Voici la statistique toute récente de Gurtl, au 26e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, tenu à Berlin du 21 au 24 avril 1897. Gurtl dit : « Le total des narcoses dans le courant des deux dernières années est de 58.769, sur lesquelles on compte 32 décès, c'est-à-dire 1 décès pour 1.836 narcoses. Notre statistique des sept dernières années s'élève donc à 327.599 anesthésies avec 137 décès, ce qui donne la proportion de 1 mort pour 2.444 anesthésies.

Parmi les accidents notés dans ce même laps de temps nous relevons, entre autres, une néphrite parenchymateuse consécutive à la chloroformisation ; les narcoses à l'éther ont de nouveau occasionné un certain nombre de bronchites et de pneumonies ».

Et combien de morts sont ignorées? Aussi pouvons-nous conclure de ces faits, où nous ne recherchons pas la supériorité d'un anes-

thésique sur un autre, en disant des anesthésiques en général ce que Rottenstein disait du chloroforme : « Le chirurgien qui emploie un anesthésique doit toujours s'attendre à voir mourir son malade entre ses mains ».

Ajoutez à la fréquence des morts la longue suite des ennuis causés par l'anesthésie générale en art dentaire, la nécessité presque absolue de se rendre au domicile du malade, la difficulté d'opérer couché, la longueur de l'anesthésie, le besoin d'aides, les vomissements, le risque de projeter une racine dans le pharynx, etc., etc., et vous n'hésiterez pas à rejeter de votre pratique l'anesthésie générale, comme nous la rejetons nous-mêmes.

Donc, à notre avis, ce n'est qu'à titre exceptionnel et dans des cas bien déterminés, que l'anesthésie générale doit être employée en art dentaire, avec un malade normal, et nous verrons que l'anesthésie locale peut donner, pour la plupart des cas qui se présentent en pratique, des résultats parfaits, sans faire courir au malade aucun risque, tout au moins pour une extraction simple.

Il n'existe, pour ainsi dire, qu'un seul cas où l'anesthésie générale pourrait paraître indiquée : c'est lorsqu'il s'agit d'extraire une dent de sagesse ayant amené du trismus par suite d'évolution vicieuse ou de carie perforante infectée.

Même dans ce cas, lorsque les accidents ne sont pas trop imminents, et que leur marche n'est pas trop rapide, on pourra presque toujours encore éviter l'anesthésie générale.

Malgré tout, dans la pratique, on rencontre souvent des patients qui ne veulent pas se laisser opérer sans être endormis entièrement. Même lorsque l'anesthésie locale est parfaite, la luxation de la dent, le craquement des daviers sur l'os, le fait de sentir l'effort de l'opérateur sur la mâchoire, produisent sur certains une sensation tellement désagréable, un énervement tellement intense, qu'ils refusent de se rendre aux raisonnements et aux promesses.

Dans ce cas, quelle conduite doit-on tenir ? A notre avis, il n'y a pas d'hésitation. Si, en votre conscience de praticien, vous pensez que l'opération doit être faite sans anesthésie générale, vous vous refusez à la pratiquer et vous demandez au malade de vous mettre en rapport avec son médecin, à qui vous faites part de votre opinion. En agissant ainsi vous dégagez absolument votre responsabilité et vous laissez au médecin, qui connaît l'organisme de votre malade, ses lésions, ses maladies antérieures, son tempérament, le soin de juger s'il croit devoir recourir à l'anesthésie générale.

Nous ne pensons pas que le dentiste ait jamais à se repentir de cette conduite, d'autant plus que nous verrons par la suite qu'il ne faut jamais endormir seul un malade avec n'importe quel anesthésique.

Lorsque l'anesthésie générale a été décidée, quel corps employer : protoxyde d'azote ou bromure d'éthyle, chloroforme ou éther ?

Ici encore nous sommes obligé de recourir aux statistiques, et

presque toutes ont pour but d'établir la supériorité de l'éther sur le chloroforme, et, en effet, elles l'établissent.

Voici d'abord la statistique établie par Neyraud (Thèse de Lyon, 1895). D'après cette statistique, le chloroforme est cinq fois plus dangereux que l'éther.

Riedel, nous l'avons déjà vu, a eu 9 cas de mort sur 13,000 chloroformisations, soit 1/1.461. Depuis 1893 il a fait 3.000 éthérisations et n'a eu qu'un cas de mort directement imputable à l'anesthésie, chez un emphysémateux, 33 heures après l'opération, soit 1/3.000.

STATISTIQUES	ANESTHÉSIES	ÉTHER	M.	PROP.	CHLOROFORME	M.	PROP.
De :							
1. Ollier	10.000	9.700	0		300	0	
2. Poncet	15.000	15.000	2	1/7.500			
3. Julliard .. { Tripier, Williams, Andrews	839.245	314.718	20	1/15.736	524.507	161	1/3.258
4. Gurlt (1893)	152.141	14.646	0		137.495	51	1/2.695
5. Hahn	21.700	700	0		21.000	6	1/3.500
6. *British Med. Journ*	23.804	23.804	1	1/23.804			
7. Schweiger	8.000	800	0				
TOTAUX	1,069.890	3.865.588	23	1/16.808	683.302	218	1/3.134

Lindh a eu 16 morts sur 11.284 chloroformisations, soit 1/855 ; 2 morts sur 3.401 éthérisations (dont 2.122 avec chlorome et éther) soit 1/1.700.

D'après la récente statistique de Gurtl (1891) le pental a fourni une moyenne de 1 décès pour 230 narcoses ; le choloforme, 1 sur 2.039 ; la méthode mixte de Billroth (morphine, chloroforme et alcool) 1 sur 3.807 ; l'éther 1 sur 5.090 ; le bromure d'éthyle, 1 sur 5.228, et l'anesthésie mixte par le chloroforme et l'éther 1 sur 7.594.

Chalot, dans la *Revue de Chirurgie* (n° 5, 1861), recommande chaudement l'emploi de l'éther comme anesthésique. Depuis le mois de septembre 1892 il a fait 730 éthérisations sans accident, et 51 chloroformisations avec une mort par syncope cardiaque.

Otto Heussler (*Deutsche Med. Woch.*, n° 38, 1894), sur 2.000 anesthésies par l'éther a observé 3 cas de mort. L'auteur ne les rattache pas à l'anesthésie; cependant, il est à noter que l'un de ces cas était nettement dû à l'œdème pulmonaire.

Kœnig (1894) a fait environ 8.000 chloroformisations, avec un seul cas de mort, chez un goitreux cardiaque ; d'autre part, il a pratiqué 632 éthérisations sans aucun accident mortel pendant l'anesthésie ou ultérieurement. Avec l'éther, dit-il, le chirurgien

peut opérer plus tranquillement, parce que les accidents graves sont beaucoup plus rares qu'avec le chloroforme.

Par contre, nous trouvons aussi des adversaires de l'éthérisation ; à la discussion qui eut lieu en 1895 à la Société médicale berlinoise, Rotter, qui n'avait jamais eu de morts sous le chloroforme, déclara qu'il avait eu en neuf mois 2 décès par l'éther. Et cependant ces malades ne présentaient aucune contre-indication à l'usage de l'éther, étaient dans l'âge moyen et n'avaient pas de lésions cardiaques. De plus, Rotter a vu plusieurs pneumonies terminées favorablement, et des bronchites assez sérieuses.

Après avoir essayé dans 80 cas l'éthérisation, Mikülicz déclare en être revenu à la chloroformisation. Il n'a pas eu de mort à déplorer, mais a eu plusieurs accidents, soit pendant, soit après l'anesthésie par l'éther. Il relate successivement trois cas d'asphyxie avec arrêt de la respiration et du pouls, 2 cas de collapsus consécutifs, 4 cas de bronchite aiguë et 2 cas d'œdème pulmonaire ou de pneumonie.

Laudau, depuis quatre ans et demi, a fait environ 2.000 éthérisations sans accident mortel ; mais il a eu des bronchites et même 2 broncho-pneumonies. Pour lui, les dangers de l'éther tiennent surtout à l'inexpérience de celui qui l'administre.

Nous le croyons, nous aussi ; en tout cas, il n'y a pas à comparer la mortalité due au chloroforme et les résultats, mêmes ultérieurs, dus à l'éther. Celui-ci l'emporte de beaucoup sur celui-là.

D'ailleurs, la mortalité résultant de l'éthérisation serait certainement réduite, si l'on se servait toujours d'éther excessivement pur. P. Bruns remarquait en 1894 (dans la *Berlin. Klin. Woch.*) que les accidents bronchiques et pulmonaires se produisent par séries, et tiennent à la qualité de l'éther employé. « Lorsqu'on n'a pas soin, dit-il, de protéger l'éther contre l'accès de l'air, il se décompose et dégage, entre autres produits d'oxydation, de l'acool vinique qui peut irriter la muqueuse des voies respiratoires. Il faut donc garantir l'éther non seulement contre les effets de la lumière, mais encore contre ceux de l'oxygène atmosphérique. A cet effet, on devra conserver l'éther dans de petits flacons toujours pleins et bien bouchés, placés dans un endroit sombre et frais, et l'on se gardera de se servir, pour une nouvelle anesthésie, de l'éther restant dans un flacon qui a été, en partie, vidé de son contenu.

Nous nous servirons donc de l'éther dans les cas exceptionnels où nous serons obligé de faire une opération de longue durée.

Mode d'administration de l'éther.

Voici comment nous procédons à l'éthérisation :

Nous nous servons du masque du professeur Julliard de Genève. Ce masque a 15 centimètres de longueur, 12 cent. de largeur et 15 cent. de hauteur. C'est un squelette de fil de fer, revêtu à l'extérieur d'un mackintosh ; à l'intérieur, il est doublé d'une épaisse couche de gaze hydrophile ; au fond, on place une rosace de flanelle. Cette couche intérieure reçoit l'éther.

Le patient étant couché, nous versons dans le fond du masque, sur la flanelle, une bonne dose (30 à 40 grammes) d'éther; après avoir secoué ce masque pour faire tomber quelques gouttes de l'éther versé abondamment, nous l'approchons du visage du malade en le lui faisant sentir, puis brusquement nous abattons le masque, en ordonnant au patient de « souffler fort ».

Cette expiration forcée provoque aussitôt une large inspiration; pendant quelques secondes le malade s'agite, crie, fait des pauses respiratoires; ces dernières cessent immédiatement si l'on éloigne un instant le masque du visage. A ce moment le malade ouvre la bouche pour respirer, et l'on abat le masque.

En 3, 4, 5 minutes, rarement plus, le malade est sidéré, l'anesthésie est parfaite; on verse encore de cinq minutes en cinq minutes une dose plus faible d'éther (cuillerée à soupe).

De temps à autre on devra soulever le masque, surveiller la respiration, et, quand le visage prendra une teinte rouge violacée, quand les inspirations deviendront moins profondes, on pourra cesser quelques instants l'éthérisation, pour la reprendre dès que les inspirations seront plus amples et le visage mieux coloré.

Pour les opérations de courte durée, nous avons à choisir entre le bromure d'éthyle et le protoxyde d'azote ; nous croyons devoir préférer celui-ci à celui-là.

Tous deux ont comme avantages leur rapidité d'action, l'absence fréquente après l'anesthésie, des nausées, vomissements, et, surtout pour le protoxyde d'azote, le prompt retour à l'état normal.

Le protoxyde d'azote, en plus de ce dernier avantage qui n'est point à dédaigner, a causé moins de mortalité que le bromure d'éthyle. Dans la *Semaine médicale* du 17 avril 1897, Nageotte-Vilbouchevitch analyse une étude de Pomerantzeff sur les dangers de l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique. Voici quelques passages de cette analyse: « L'usage du bromure d'éthyle soit seul, soit associé au chloforme, se répand rapidement aussi les accidents, que l'on espérait éviter sûrement; par ce nouvel anesthésique, vont-ils en se multipliant, tout en restant très peu nombreux ; deux cas de mort, survenus en l'espace de dix-huit mois, à l'hôpital Basmauny (en 1894 et 1896), ont fait abandonner, dans cet établissement, l'anesthésie mixte. Pour Pomerantzeff, 14 morts sur 15, dans la statitisque de Reich, sont dus à la mauvaise qualité du bromure d'éthyle employé. M. Ritter, dentiste, se basant sur 2.000 anesthésies, considère cette substance comme inoffensive, même pour des sujets atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, pourvu que le produit soit d'une pureté absolue. Il paraît donc certain que, si l'anesthésie pure ou mixte au bromure d'éthyle a des avantages, elle n'empêche pas la mort de se produire par la syncope cardiaque ».

« Très instable, le bromure d'éthyle se décompose avec une grande facilité : il contient le plus souvent du brome, du phosphore, qui rendent son administration dangereuse ». (Auvard et Caubet.)

Pour ces diverses raisons, il faut préférer au bromure d'éthyle le protoxyde d'azote. Les avantages de ce dernier sont nombreux : on oblient très rapidement l'anesthésie; *la période d'excitation est presque absolument supprimée*; il n'y a presque jamais de nausées ni de vomissements ; la malade revient très vite à l'état de veille; le gaz n'est pas désagréable à respirer; on peut le donner plusieurs fois de suite ; on peut le donner à un sujet assis, et il n'est pas nécessaire qu'il soit à jeûn.

Avec huit litres de gaz et dans l'espace de 40 secondes on parvient à anesthésier assez profondément pour opérer l'extraction de 2, 3, et même 4 dents ; le malade n'éprouve, au réveil, aucun malaise.

Malheureusement le protoxyde d'azote a, lui aussi, ses victimes. « Maurice Perrin, dans une communication faite à la Société de Chirurgie en 1875, a cité six cas de mort en Angleterre et aux Etats-Unis, et un cas de mort en France (un des préparateurs de Vauquelin fut tué en respirant le protoxyde d'azote). Magitot, à la suite de cette discussion, rappela trois autres cas de mort survenus en Angleterre, et tous les trois suivis d'autopsie établissant que la mort était bien le résultat de l'asphxyie.

Il faut ajouter à cette statistique un cas de mort par asphyxie survenu au Dental Hospital de Londres, le 15 septembre 1883 ; un cas survenu chez un dentiste d'Exeter en 1884, le cas de Watson, le 28 septembre 1889; enfin le cas de M. Duchesne, en 1881. M. Duchesne fut poursuivi, et condamné à trois mille francs d'amende ». (Brouardel, *Asphyxie par les agents anesthésiques*, *Annales d'hygiène*, 1895.)

Parmi les différents appareils employés nous préférons l'inhalateur d'Heymen-Billard. Le point important est de savoir sur quoi l'on doit se guider, pour juger si l'anesthésie est proche.

On ne peut se baser sur la quantité, qui varie dans la proportion de 1 à 3 et même plus. On ne peut se baser non plus sur le temps, qui est un guide au moins aussi infidèle, car les divers malades n'inhalent pas des quantités égales de gaz dans des temps égaux. On ne doit pas, non plus, comme certains, pousser l'inhalation jusqu'au moment où le malade vire de couleur, vire au noir ; l'anesthésie pourrait alors se changer en asphyxie.

Il faut donner le protoxyde d'azote comme on donne le bromure d'éthyle: le masque étant placé, on invite le malade à faire des inspirations profondes, à souffler sur le masque ; lorsqu'il respire largement, on constate bientôt que la tête devient extrêmement mobile, qu'elle se laisse aller ; on interroge le réflexe palpébral ; s'il n'existe plus, on opère.

Cette méthode, croyons-nous, est préférable à la méthode d'Aubeau.

Le protoxyde d'azote sera donc l'anesthésique préféré dans le cas d'opération courte.

Sinon, on emploiera avec avantage une méthode mixte : la méthode de Clover. Le Dr Clover supprime la période d'agitation qui accompagne les inhalations d'éther, en commençant à anes-

thésier le patient par le protoxyde d' azote. Dès que le malade est devenu complètement inconscient par les inhalations de protoxyde d'azote, on continue l'anesthésie par l'éther. (Auvard et Caubet.)

Quel que soit l'anesthésique employé, il ne faut jamais faire seul l'anesthésie. Le professeur Brouardel donne, dans les *Annales d'hygiène* (1895), d'excellentes raisons appuyant ce conseil : « S'il arrive un accident, dit-il, vous serez en mauvaise posture pour donner seul les soins nécessaires. Il vous faut ouvrir les fenêtres, flageller le malade, opérer des tractions de la langue, pratiquer la respiration artificielle ; votre responsabilité est beaucoup plus grande ; vous n'avez aucun témoin à votre décharge, et on peut vous accuser d'avoir manqué aux plus élémentaires règles de l'art. Une autre raison pour laquelle on ne doit pas endormir quelqu'un seul, et surtout une femme, est d'un autre genre. Deux fois, à ma connaissance, des femmes sont sorties du cabinet où elles étaient restées seules avec l'opérateur qui les avait endormies, pour entrer dans celui du commissaire de police et y déposer une plainte. Il s'agissait une fois d'un médecin, et une fois d'un dentiste... Les accusés, après quelques jours de prison préventive, furent reconnus innocents ».

II. — Anesthésie locale.

L'anesthésie locale peut être pratiquée exceptionnellement en chirurgie dentaire pour l'enlèvement de séquestres, l'extirpation de la pulpe sans douleur, le curettage de la dentine sensible, la trépanation de l'alvéole, la désobturation d'une dent atteinte de périostite, les scarifications et la cautérisation des gencives, l'incision d'abcès dentaires, le débridement de la gencive pour faciliter l'éruption de la dent de sagesse, l'incison cruciale de la gencive pour amener la cicatrisation d'une fistule gingivale.

Toutefois, elle est employée, dans l'immense majorité des cas, pour supprimer ou diminuer la douleur pendant l'opération de l'extraction de dents, et nous nous occuperons plus spécialement de ce point.

Nous allons passer en revue les principaux procédés, insistant surtout sur l'anesthésie locale par les réfrigérants et par la cocaïne.

1° *Electricité.*

Le premier, un dentiste américain, J.-B. Francis, imagina de faire passer un courant électrique à travers une dent qu'il allait extraire, espérant supprimer par ce moyen la douleur de l'opération ; il affirma avoir complètement réussi.

D'aussi bons résultats furent obtenus à Philadelphie par la Commission de l'Institut de Franklin : 64 avulsions furent faites sans provoquer de douleur.

Après quelques essais heureux dus à MM. Nélaton et Morel-Lavallée, on n'obtint que des résultats contradictoires, au cours d'expériences organisées dans les hôpitaux de Paris, sous la direction de M. Magitot. Et M. Magitot crut pouvoir tirer de ces expériences les conclusions suivantes :

1° Les opérations chirurgicales, et particulièrement les extractions dentaires, sont susceptibles de causer des douleurs infiniment variées d'intensité, suivant les sujets et les conditions opératoires ;

2° Les opérations chirurgicales effectuées avec l'intervention du courant électrique ont présenté les mêmes variations de douleurs que dans les opérations ordinaires ;

3° Toutefois, le passage brusque du courant électrique a produit chez certains sujets une impression si imprévue et si spéciale qu'elle a pu servir de diversion à la douleur, d'ailleurs légère, d'une opération rapide ;

4° En définitive, le courant électrique ne saurait être considéré comme un agent anesthésique ».

2° *Narcotisme voltaïque.*

Le Dr Richardson essaya de se servir de l'électricité pour faire pénétrer plus facilement dans les tissus les substances narcotiques, et il appela ce procédé : narcotisme voltaïque. Des expériences furent faites à l'Ecole de Médecine de Grosvenor Place ; toutes furent concluantes, et chez les animaux et chez l'homme. Mais il fallut une heure pour obtenir un résultat. Le professeur Waller, en répétant les expériences de M. Richardson, s'assura que l'électricité ne jouait aucun rôle et que les effets observés devaient être attribués exclusivement à l'application des médicaments narcotiques sur la peau. (Perrin et Lallemand, *Traité d'anesthésie chirurgicale*, 1863).

La Lancet (1891) a publié « Un nouveau procédé d'anesthésie par l'empoi simultané de la cocaïne et de l'électricité ».

Ce procédé, indiqué par Harries, est basé sur le transport qui s'opère du pôle positif au pôle négatif du courant continu. En formant l'électrode positif par un tampon recouvert de flanelle bien imbibée de la solution de cocaïne à 10 pour 100, le passage du courant détermine l'absorption de de la cocaïne : Harries emploie un courant de 25 milliampères, qu'il maintient pendant quarante minutes.

On sait que c'est sur ce principe qu'est basée la cataphorèse, que l'on emploie en chirurgie dentaire depuis quelque temps pour anesthésier les fibrilles dentinaires, et permettre le curettage des cavités sensibles, voire même l'enlèvement de la pulpe en une séance.

Nous ne savons pas ce que l'avenir réserve à cette méthode ; toutefois, nous ne pensons pas qu'elle puisse être discutée maintenant d'une façon profitable. Il faut attendre que des expériences bien précises et bien établies, en nombre suffisant, nous fournissent une base de discussion et nous montrent quelles sont les parts à faire à l'électricité, à la cocaïne ou à un autre anesthésique local et à la suggestion.

Nous pouvons cependant dire, au sujet de l'emploi de la cataphorèse pour l'extraction des dents, que, s'il est prouvé que le passage du courant pendant le temps d'application n'a, *à lui seul*,

aucune action anesthésique, nous devons rejeter la cataphorèse, persuadé que les injections hypodermiques nous permettent mieux de localiser et surtout de doser la quantité d'alcaloïde que nous introduisons dans l'organisme.

De plus, la lenteur de ce procédé nous paraît un énorme inconvénient.

On a essayé également, mais sans grand succès, des courants de haute fréquence employés seuls.

2° *Réfrigérants.*

Avant la découverte et l'entrée dans la pratique, de la cocaïne, on employait presque uniquement, pour rendre indolores les opérations sur les dents, diverses méthodes de réfrigération.

On a utilisé, pour l'extraction des dents, les mélanges réfrigérants, et M. Georges présenta un mémoire à ce sujet à l'Académie de médecine, le 9 décembre 1856. Les difficultés d'application, l'action mal limitée du froid, firent abandonner ce procédé.

L'éther a été utilisé également et a rendu de grands services : on le pulvérisait avec l'appareil de Richardson. Il est difficile de l'empêcher de se diffuser dans la cavité buccale ; on ne peut guère se servir de ce mode d'anesthésie que pour les extractions des incisives, des canines et des prémolaires. En dehors des moyens dont nous allons parler, nous dirons pour mémoire que l'on a essayé d'employer des injections sous-muqueuses de sérum artificiel fortement refroidi par des mélanges réfrigérants. Cette méthode, très intéressante, est expliquée tout au long dans la thèse du Dr Létang, qui fut faite dans le laboratoire du Dr Laborde, à la Faculté ; nous avons fait à son sujet une communication au Congrès international de médecine, tenu à Rome en 1894, et nous avons à cette époque fait une série d'expériences à cet égard. La complication des appareils, les difficultés du manuel opératoire et divers autres inconvénients nous l'ont fait abandonner.

On utilise surtout divers corps que nous allons examiner et qui possèdent la propriété de produire un froid plus intense, par suite de leur point d'ébullition très peu élevé et toujours au-dessous de la température ambiante.

En art dentaire on a en particulier employé plus spécialement les chlorures de méthyle et d'éthyle.

Chlorure de méthyle.

Ce corps a été employé pour la première fois en chirurgie dentaire par M. le Dr Galippe. La nécessité d'employer des appareils à parois très épaisses, et par conséquent pesantes et difficiles à manier, la trop grande intensité du froid produit, ont empêché cet agent anesthésique d'être employé couramment en art dentaire, d'une manière directe, tout au moins.

L'insensibilité de la région est produite très rapidement, mais il n'est pas facile de s'y arrêter. On dépasse rapidement le but et on

s'expose à désorganiser les tissus et à amener des escarres plus ou moins étendues.

Le Dr Bailly inventa le stypage, et M. le Dr Galippe perfectionne ce procédé de la façon suivante. On verse dans un verre ou dans un récipient spécial, dit thermo-isolateur, un mélange de chlorure de méthyle et d'éther ; on trempe dans le liquide des tampons d'ouate entourés de bourre de soie, ou même un pinceau, puis on les applique sur la gencive pendant deux à cinq minutes.

Cette méthode ne s'est pas généralisée. Il est, en effet, difficile de graduer la réfrigération, de la localiser, de la faire plus ou moins intense à tel ou tel endroit, d'éviter sûrement la montification de la muqueuse, et, dans le cas d'abcès dentaire, la pression est douloureuse.

Chlorure d'éthyle.

Nous dirons seulement, au sujet de ce corps bien connu, comment nous en faisons l'application pour l'extraction de dents. On sèche la gencive avec de l'ouate hydrophile ou de l'amadou, et on dispose dans la cavité buccale des tampons d'ouate pour se garantir de la salive et éviter de risquer de projeter le jet par un mouvement involontaire du côté de l'isthme du gosier.

On éloigne assez l'ampoule de la muqueuse, pour obtenir une sorte de pulvérisation bien préférable au jet liquide. Sa congélation ne se produit pas immédiatement ; on la provoque et on la fait apparaître plus rapidement, si l'on peut se faire éponger, au fur et à mesure, la portion de muqueuse sur laquelle on agit, avec des tampons d'ouate hydrophile, que l'on recommande de presser assez fortement sur la gencive.

D'une part, la compression chasse le sang et par conséquent une source de chaleur incessante qui entrave le refroidissement, et, d'autre part, l'ouate hydrophile, absorbant le liquide, l'empêche de se diffuser dans l'intérieur de la bouche.

A cause de la lenteur du refroidissement, on a peu à craindre la mortification de la muqueuse et la douleur provoquée par le chlorure de méthyle. Une fois la congélation apparue, on peut étendre la zone blanche qui se forme, on passe sur l'autre face de la gencive et on procède de la même façon ; puis on continue le refroidissement tantôt d'un côté de la région alvéolaire, tantôt de l'autre.

Nous avons souvent retiré de bons effets du chlorure d'éthyle. Malheureusement, son emploi se limite à la région tout antérieure de la mâchoire ; il est difficile, même avec l'ampoule recourbée, d'atteindre une portion un peu éloignée de l'orifice de la bouche. De plus, il est également difficile, souvent même impossible, d'empêcher le liquide de couler dans la bouche et de se diffuser dans la salive.

Dans ces derniers temps, au Congrès dentaire de Paris de 1897, M. d'Argent a présenté un appareil permettant d'employer le chlorure d'éthyle d'une nouvelle manière ; il a baptisé cet appareil du nom d'Ethyleuse. M. d'Argent élève l'appareil à une certaine

température qui permet d'obtenir à l'orifice de sortie, non plus un jet, mais une pulvérisation intense ; à l'orifice de sortie du siphon métallique à parois épaisses qui contient le chlorure d'éthyle on visse des ajutages analogues à ceux du coryleur, qui permettent de diriger le jet.

Malgré la complication indiscutable de ces appareils et les petits risques inhérents à leur emploi entre les mains de praticiens peu habitués à la manœuvre de ces corps, nous pensons qu'il y a un bon parti à en tirer. Toutefois il est très important de ne jamais remplir en totalité le siphon, quelle que soit l'épaisseur des parois, parce qu'on le ferait infailliblement sauter, si ce récipient était rempli de liquide. On peut empêcher, par la résistance des parois, le gaz de se dilater, mais il est impossible d'empêcher *le liquide* de se dilater ; on connaît à ce sujet les expériences que l'on fait dans tous les cours de physique avec l'eau simple que l'on transforme en glace par un froid intense ; la glace occupant un volume plus grand que l'eau, on fait éclater le récipient, qui, dans l'expérience, est un canon de fusil très résistant. Il se produirait un phénomène analogue si l'on chauffait une éthyleuse trop remplie.

Mélanges de chlorure de méthyle et de chlorure d'éthyle, coryl, anestile, etc.

Nous avons vu que le chlorure de méthyle donne un froid trop intense ; nous avons vu également que le chlorure d'éthyle se diffuse trop facilement ; en réunissant ces deux corps, on devait profiter de leurs avantages réciproques. C'est ce qu'ont fait MM. Joubert, qui sont les premiers en date, en les mélangeant dans des proportions telles que le mélange entre en ébullition à 0° ; c'est le *coryl*. Ce corps a été employé pour la première fois en France par M. d'Argent, en janvier 1893. L'appareil qui le contient porte le nom de Coryleur ; c'est un siphon métallique, à parois épaisses, qui est muni d'un robinet de précision avec lequel on peut à volonté régler l'émission du liquide. A l'orifice de sortie se vissent divers ajutages, de forme, de courbure et de longueur variables.

Les inventeurs l'ont perfectionné en y ajoutant un dispositif qui permet d'ouvrir ou de fermer le récipient avec la main droite, tout en tenant le siphon. On peut remplir ce siphon chez soi avec un gros récipient, dont la manipulation est facile. A la suite de l'apparition du coryl, d'autres fournisseurs ou fabricants de produits chimiques ont mis dans le commerce des appareils analogues contenant des mélanges ayant des qualités identiques à celles du coryl. Citons en particulier le mélange du Dr Bengué, connu sous le nom d'anestile. Ce mélange est renfermé dans un petit récipient qui présente l'avantage de se fermer automatiquement, en le reposant sur la table, mais on n'obtient pas, avec cet appareil, la pulvérisation que nous recommandons : on n'obtient qu'un jet de liquide.

L'appareil que nous employons nous est fourni par la Société anonyme de Produits chimiques et anesthésiques : c'est un siphon

métallique, présenté dans le commerce sous le nom de Chloro-Méthyleur Bourdallé, et qui contient un mélange d'oxyde et de chlorure de méthyle rectifiés.

Cet appareil présente un dispositif commode pour régler l'émission du jet ou l'arrêter, d'une seule main; nous l'employons depuis un an environ, et nous sommes très satisfait de son emploi; nous l'avons présenté en août 1897 au Congrès international de médecine de Moscou, où il a été très apprécié. Lorsque le siphon est vide, nous le remplissons nous-même à domicile très facilement.

Voici comment nous employons ces mélanges. Tout étant prêt pour pratiquer l'extraction, on recommande au malade de respirer par le nez et d'éviter les mouvements de déglutition jusqu'à la fin de l'opération; on lui fait rincer la bouche une ou deux fois auparavant, avec de l'eau boriquée fraîche autant qu'il est possible, pour refroidir déjà la région et empêcher, comme nous le verrons, le changement trop brusque de température.

La tête doit être droite, afin d'éviter que le coryl ne tombe dans la gorge, et la muqueuse sera séchée rapidement par un tampon d'ouate, qu'il faudra laisser dans la cavité buccale du côté de la langue et du palais, ou dans le vestibule de la bouche.

On dirige ensuite vers le point à anesthésier l'orifice de sortie du siphon, tout en cherchant à obtenir une pulvérisation plutôt qu'un jet. Nous sommes arrivé à obtenir une anesthésie locale suffisante avec 4 ou 5 grammes environ. La pulvérisation doit être dirigée sur la gencive, au niveau de l'emplacement présumé de la pointe de la racine de la dent à enlever. Il faut donc refroidir fortement cette région, en se dirigeant même vers l'origine des nerfs qui se rendent à la dent (pulpe, périoste et alvéole); c'est ainsi que, pour les incisives et les canines supérieures, on relèvera la lèvre supérieure, et on commencera à coryler au niveau du cul-de-sac gingivo-labial, pour agir sur les rameaux dentaires antérieurs et supérieurs. Pour les dents de la mâchoire inférieure, on dirigera le jet en remontant également vers l'origine du nerf dentaire inférieur.

On se dirige ensuite vers le collet de la dent, et, passant au-dessus de celle-ci, on continue sur la gencive opposée, en insistant également à l'endroit qui correspond à la pointe de la racine. On éloigne le jet de plus en plus, et l'anesthésie est complète en 15 à 20 secondes.

La durée de l'analgésie est de 20 à 40 secondes; ce temps dépend de l'intensité du refroidissement, de la plus ou moins grande facilité avec laquelle on est arrivé à la congélation. Au début de l'opération, l'effet peut être énergique : on est certain que pendant les premiers instants le malade ne sent absolument aucune douleur.

On a reproché aux réfrigérants de rendre la dent cassante; nous ne le pensons pas; nous croyons que ce reproche vient de ce que l'opérateur, ayant peur de voir son patient manifester des symptômes de sensibilité, se presse trop; c'est ce qui explique le plus grand nombre de fractures.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une extraction qui devra être laborieuse, on fait deux ou trois applications de coryl successivement, en faisant rincer très vivement la bouche, entre chacune des applications.

Quand il s'agit d'extraire une dent atteinte de carie perforante avec pulpe à découvert, ou lorsqu'une des dents voisines est sensible au froid, on dirigera la pulvérisation à l'endroit présumé de la racine à extraire et l'on constatera que la douleur est remplacée rapidement par un engourdissement de la région.

La douleur sera fortement diminuée en bouchant la dent avec une boulette d'ouate recouverte d'une couche de cire. Dans le même but, quand nous ne pouvons employer les coiffes en caoutchouc de M. d'Argent, nous nous servons avec succès d'un morceau de digue, que nous fixons très rapidement sur une ou deux dents voisines, avec un ou plusieurs clamps.

Le siège de la dent peut devenir une gêne également pour l'application de ces mélanges, lorsqu'il s'agit des dents de sagesse, par exemple. Dans ce cas, il faut prendre encore plus de précautions, protéger les régions voisines par des tampons d'ouate, et faire pour ainsi dire du stypage en même temps que la réfrigération directe. On devra aussi surveiller les malades qui ne respirent pas du tout par le nez, car dans ce cas ils inspirent les vapeurs de ce produit. Mais il ne faut pas être absolu dans cette contre-indication. On obtient, quand on en a l'habitude, une anesthésie suffisante pour une extraction avec 4 ou 5 grammes.

L'usage de ces mélanges est contre-indiqué lorsqu'on veut employer le thermo-cautère, car ces corps sont inflammables comme le chlorure d'éthyle.

Enfin, on leur a adressé le reproche que l'on fait à tous les réfrigérants en général : celui d'exposer les tissus à la mortification. Nous pensons qu'il suffit de prendre certaines précautions pour être absolument à l'abri de toute crainte. Il faut éviter ce danger en modérant la rapidité du refroidissement, en faisant rincer la bouche du patient avec de l'eau fraîche, glacée au besoin, plusieurs fois de suite avant et après l'opération.

Enfin, si nous étions obligé de pousser un peu loin la congélation et si nous avions des doutes à cause du manque de vitalité des tissus, nous pourrions préparer un sachet de mousseline contenant de la glace pilée, par exemple, et alterner l'application de ce sachet avec le rinçage de la bouche par l'eau fraîche, afin de modérer la réaction. On peut encore, pour éviter l'action trop directe de l'agent sur la muqueuse, oindre la gencive d'une couche de vaseline boriquée, ou d'un corps gras quelconque.

L'application de ces mélanges ne nous a donné que de bons résultats.

Injections de gaïacol.

En 1895, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, Lucas Championnière préconisa l'emploi dans la chirurgie

dentaire, des injections sous-muqueuses de gaïacol. « L'injection devait être faite sous la muqueuse gingivale, soit sur deux points opposés, soit en quatre points à la base de la dent. Avec une seringue contenant une solution de cinq centigrammes, l'anesthésie est parfaite. Pour arriver aux résultats les plus satisfaisants, il faut attendre de 6 à 7 minutes. MM. Ferrier et de Marion ont observé nombre de fois que l'anesthésie était complète même pour les cas où la région était enflammée (cas de kystes radiculaires, de périostites ou d'abcès dentaires). On a pu procéder à l'ablation de séries de chicots, de débris dentaires, opérations longues et douloureuses, sans que le sujet manifestât de douleur. »

Malheureusement pour cette méthode, on peut et on doit lui faire le grand reproche de produire des indurations chroniques, des infiltrations plus ou moins étendues, des escarres de la muqueuse, un retard de la cicatrisation, et une anesthésie discutable. Il est certain que l'action analgésique du gaïacol est très inférieure à celle de la cocaïne : elle est plus lente, moins puissante, et n'a pas d'avantages même sur les tissus phlogosés. Nous faisons le même reproche aux injections de cocaïne dissoute dans l'oléo-naphtine ou dans un autre véhicule huileux.

L'anesthésie locale par l'infiltration artificielle des tissus avec de l'eau n'est pas, croyons-nous, applicable à l'art dentaire.

Nous avons fait au Congrès de 1897 des expériences avec le gaïacyl, sur le conseil de M. André, d'après la communication du Dr O' Followell, et nous les avons continuées dans notre clinique ; nous avons environ 30 observations, dans lesquelles nous avons pu constater une anesthésie infidèle et une douleur assez fréquente et intense au moment de l'injection ; aussi avons-nous abandonné ce procédé.

Anesthésiques locaux autres que la cocaïne, et employés en injections hypodermiques.

En dehors de la cocaïne, dont nous allons parler, on a employé et on emploie, en injections hypodermiques, une quantité d'autres corps, dont plusieurs donnent d'ailleurs de bons résultats, entre autres, par exemple, la tropacocaïne, l'antipyrine, l'eucaïne, etc. — C'est ainsi que nous avons essayé nous-même les injections de sulfate des partéine, mais sans grand résultat. — Nous ne nous occuperons pas de ces divers corps, très intéressants certainement, mais qui n'ont pas été employés assez de fois pour que nous puissions les recommander dans une revue des meilleurs moyens d'anesthésie. — Il est très facile de réunir une statistique de 100.000 injections de cocaïne, rien qu'en s'adressant à 50 praticiens par exemple ; dans ces conditions, on peut parler des accidents, des indications, des contre-indications ; mais quand, au contraire, on nous présente 50 observations, voire même 100 ou 200, il ne me semble pas logique d'abandonner tout de suite un procédé basé sur plusieurs centaines de mille cas, même si le procédé n'est pas absolument parfait, pour s'adresser au nouveau, qu'on pourra reconnaître

souvent plus imparfait encore après un ou deux milliers d'expériences.

Cocaïne.

Nous ne dirons rien, ici, des propriétés de la cocaïne, des expériences auxquelles elle a donné lieu, des controverses qu'elle a soulevées ; mais, nous basant sur plus de 10.000 cas personnels, nous insisterons sur le choix de la solution, sur le manuel opératoire, sur les difficultés que l'on rencontre parfois dans la pratique.

Nous ne nous servons que de solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne et rejetons les préparations à l'huile d'olive ou à la glycérine. Ces dernières produisent une infiltration du tissu sous-muqueux, parfois considérable et pouvant devenir chronique, ainsi que nous l'avons déjà dit.

La solution de cocaïne doit être faite extemporanément, car elle s'altère très rapidement ; il est très facile de s'en rendre compte en examinant au bout de 4 ou 5 jours une solution de cocaïne faite avec de l'eau distillée, filtrée ou bouillie ; la solution, absolument limpide au début, laisse déposer des flocons nombreux au fond du flacon.

Dans un vase quelconque en verre ou en porcelaine, flambé à l'avance, on met un centigramme de chlorhydrate de cocaïne : on remplit d'autre part la seringue d'eau distillée ou d'eau filtrée bouillie, encore tiède, et l'on vide ce liquide dans le godet qui contient le chlorhydrate de cocaïne ; il suffit d'aspirer et de chasser le liquide une fois ou deux dans le godet pour que la solution soit faite, car le sel se dissout très facilement.

On aspire une dernière fois, on visse l'aiguille avec force, on chasse l'air de la seringue, et l'instrument est prêt à être employé pour l'injection.

Nous attirons l'attention sur la quantité de sel (un centigramme). La majorité des dentistes en emploient deux centigrammes au moins, beaucoup trois centigrammes, et quelques-uns cinq. Nous nous sommes arrêté à un centigramme, après avoir eu quelques légers accidents et avoir constaté que nous obtenions une anesthésie tout aussi effective avec cette petite dose. Naturellement, dans les cas de périostite intense, d'abcès, l'anesthésie n'est pas complète, mais elle ne l'est pas non plus avec des doses plus fortes ; nous l'employons depuis plusieurs années, et nous n'avons jamais éprouvé la moindre alerte à la suite de cette injection.

Nous employons, pour faire l'injection, la seringue de Pravaz modifiée par M. Lagrange ; les deux ailettes annexées au corps de la pompe de cette seringue fournissent un point d'appui très solide ; nos aiguilles sont en acier et très fines ; nous les faisons toujours bouillir ; la seringue est mise tous les matins dans un verre qui contient une solution phéniquée à 5 0/0 ; on laisse le corps de pompe plein de cette solution.

Avant de faire la piqûre, nous faisons rincer la bouche avec de l'eau boriquée et nous passons sur la gencive un tampon d'ouate

imbibé d'alcool au sublimé à 1/500 pour antiseptiser la région, puis nous séchons avec de l'ouate hydrophile aseptique.

La piqûre de l'aiguille est presque insensible dans l'immense majorité des cas. Pour la rendre absolument indolore, surtout s'il s'agit d'un sujet très craintif, nous employons deux moyens.

Si la dent à extraire est sensible au froid, soit par suite de carie, soit par déchaussement, nous appliquons pendant une à deux minutes, sur la gencive, un tampon d'ouate trempé dans une solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0.

Si la dent à extraire n'est pas sensible au froid, nous faisons dans le même but une pulvérisation de chlorure d'éthyle ou d'anestile; ce moyen a, sur le premier, l'avantage de restreindre la circulation dans la région. Dès que la congélation apparaît, on procède à l'injection, qui doit toujours être faite sur un sujet couché ou étendu le plus possible.

On fait pénétrer l'aiguille dans la muqueuse, en un point situé à peu près à égale distance entre le bord libre de la gencive et le lieu présumé où doit se trouver la pointe de la racine, et on la pousse obliquement par rapport à l'axe antéro-postérieur du maxillaire. Cette piqûre doit être faite dans l'intérieur du derme de la muqueuse, lentement, car on éprouve une résistance parfois assez grande pour faire l'injection.

On voit bientôt la gencive devenir blanche sur une certaine étendue.

L'introduction doit être faite lentement, et fractionnée, c'est-à-dire qu'une première introduction partielle doit être suivie d'un temps d'arrêt. On peut, en opérant de cette façon, obtenir une anesthésie parfaite, en n'employant même pas un centigramme de cocaïne.

On procède absolument de la même façon sur chacun des deux bords alvéolaires interne et externe. Il ne faut pas, d'ailleurs, s'en tenir à une piqûre de chaque côté ; elles sont, il est vrai, très suffisantes, lorsque l'on fait l'injection dans une muqueuse saine, à texture serrée et résistante ; mais, si on la fait dans du tissu mou, flasque et fongueux, il faut en faire plusieurs. S'il s'agit de dents à plusieurs racines, il est bon de faire une piqûre dans la région qui correspond à chacune de ces racines.

D'une façon générale, il faut s'efforcer d'entourer la dent d'une zone d'anesthésie et, par conséquent, faire des piqûres multiples ; quand les dents voisines manquent, on fera une piqûre à l'emplacement de la dent disparue, piqûre qui ne devra pas être perpendiculaire au bord alvéolaire, mais parallèle à la muqueuse.

Nous ne plaçons presque jamais le doigt sur la piqûre pour empêcher le liquide de ressortir. Le liquide n'a pas de tendance à sortir, quand on a eu beaucoup de peine à le faire pénétrer.

Les injections étant faites, combien de temps faut-il attendre avant d'opérer ? Une ou deux minutes au plus. On attendait autrefois cinq minutes pour laisser agir la cocaïne. Il n'est pas utile de le faire, puisqu'il faut environ trois minutes pour achever

les injections en les pratiquant lentement, comme nous venons de le dire, par introductions fractionnées et multiples. Même en opérant une ou deux minutes après la dernière injection, il n'en existe pas moins un intervalle de cinq minutes environ entre la première injection et l'opération.

Il ne s'agit pas toujours d'une muqueuse saine et l'on rencontre des circonstances tout à fait défavorables pour la production de l'anesthésie.

Si la gencive est fongueuse ou décollée, il est difficile de faire la piqûre dans de bonnes conditions. L'inflammation de la gencive reconnaît le plus souvent comme cause principale la présence du tartre, et à cause de cela l'injection sera surtout difficile à faire sur le bord alvéolaire externe des dents en général, et au niveau du bord alvéolaire interne des incisives et des canines inférieures. Il est très rare d'avoir à extraire ces dernières dents ; pour les injections au niveau du bord alvéolaire externe, comme la gencive est épaissie et fongueuse, surtout au niveau du collet, on n'aura qu'à s'éloigner un peu plus de ce point, et on arrivera le plus souvent, avec un peu d'attention, à trouver le derme de la muqueuse ; on devra éviter avec soin d'aller faire la piqûre dans le cul-de-sac qui est formé par la gencive et les lèvres ou la joue.

Au reste, dans ces cas où la gencive est fongueuse, on ne peut prétendre obtenir toujours une anesthésie complète en employant la cocaïne seule ; mais on réussira toujours à amener une grande atténuation de la douleur, et nous verrons qu'on peut arriver à l'insensibilité absolue, en employant l'injection de cocaïne et le coryl.

Quand il y a périostite, on fera l'injection en s'attachant à ne pas perdre de liquide et en s'efforçant de l'injecter entièrement dans le derme.

S'il existe un abcès, la principale précaution à prendre est de ne pas pénétrer dans la poche purulente, car l'augmentation de la tension du liquide amène une douleur intense.

Dans le cas de fistule s'ouvrant sur la gencive au niveau d'une dent que l'on veut enlever, on constate souvent que le liquide ressort par l'orifice fistuleux. On n'a qu'à retirer l'aiguille, et à pénétrer moins profondément ; on sera certain d'être dans le derme, quand on sentira une résistance à l'injection ; le liquide ne ressortira plus par la fistule.

Dans d'autres cas, la difficulté tient à l'emplacement de la dent.

Pour faire une injection efficace au niveau de la partie externe des 2e et 3e grosses molaires supérieures, il ne faut pas que le malade ouvre largement la bouche, car la joue vient s'appliquer contre le bord alvéolaire externe, et on peut à peine passer l'aiguille. Aussi aura-t-on soin de lui recommander de n'ouvrir la bouche que modérément. On pourra, de cette facon, passer un miroir dans le repli formé par la joue et la gencive qui recouvre le bord alvéolaire ; ce miroir écartera la joue et éclairera en même temps le point où l'on fait la piqûre. On fera l'injection avec

une aiguille courbe et on verra dans le miroir la pointe de l'aiguille que l'on pourra diriger à son gré ; on pourra, de plus, constater si la muqueuse devient blanche, si le liquide ressort, etc.

Au niveau des deux dernières grosses molaires, on doit faire, en dehors l'injection parallèle à la muqueuse, avec une aiguille courbe ; en dedans, il faut enfoncer l'aiguillle courbe de 2 ou 3 millimètres au plus, parallèlement à la gencive et près du collet de la face linguale des dents.

La cocaïne est contre-indiquée chez les athéromateux, chez les anémiques, les débilités, les malades atteints d'affections aigües ou chroniques des voies respiratoires, pendant la grossesse et la lactation.

« Employée d'une façon graduée et méthodique, dit M. le Dr Magitot, la cocaïne présente sur les anesthésiques ordinaires chloroforme, éther, etc., des avantages sur lesquels il est inutile d'insister : absence d'effets généraux, de période d'excitation, de perte de connaissance, possibilité des opérations sans le secours d'aucun aide, l'intervention opératoire étant consécutive et non simultanée à l'introduction de l'agent antiseptique. »

Nous avons étudié en détail, dans notre thèse de doctorat, l'action physiologique et l'action anesthésique de la cocaïne, et de cette étude nous avons tiré les conclusions suivantes :

Précautions pour éviter l'intoxication.

1° Solution étendue ;
2° Restriction de la cirulation ;
3° Injection le moins directement possible dans la circulation ;
4° Injection lente ;
5° Sortie du sang au dehors de la région injectée.

Précautions pour assurer l'anesthésie.

1° Solution étendue ;
2° Restriction de la circulation ;
3° Injection le moins directement possible dans la circulation ;
4° Cerner la région par piqûres multiples.

Comme on le voit, les trois premières conditions sont les mêmes, et nous ferons remarquer le grand principe qui en résulte :

« Plus la cocaïne se diffuse, moins l'anesthésie est bonne et plus on court de risques d'intoxication. »

Nous arrivons donc en définitive au tableau suivant, basé uniquement sur l'action physiologique de la cocaïne, et contrôlé par notre expérience personnelle :

Indications pour obtenir une bonne anesthésie locale et éviter les accidents d'intoxication.

1° Solution étendue ;
2° Restriction de la circulation ;
3° Injection le moins directement possible dans la circulation ;
4° Injection lente (à doses fractionnées) ;

5° Cerner la région par piqûres multiples ;
6° Laisser saigner.

Méthode mixte. — Indication des mélanges réfrigérants de la cocaïne.

Nous avons vu que l'on rencontre un certain nombre de cas dans lesquels il est difficile d'employer les mélanges réfrigérants ou les injections de cocaïne. Nous allons voir si nous pourrons remplacer le froid par la cocaïne, dans le cas où la réfrigération sera difficilement praticable, et réciproquement si le froid pourra être employé lorsque les injections de cocaïne sont contre-indiquées ou peu faciles ; nous examinerons ensuite s'il n'est pas possible de combiner ces deux procédés d'anesthésie locale.

La seule contre-indication absolue à l'emploi des mélanges réfrigérants est le cas où l'on a besoin d'employer le cautère, à cause de l'inflammabilité du produit dont les vapeurs peuvent encore demeurer dans la bouche ; dans ce cas, on emploiera la cocaïne.

Celle-ci sera encore préférée quand le sujet ne respire pas facilement par le nez, quand il s'agit d'un enfant, d'un patient trop craintif, qui pourrait être effrayé par la vue des appareils, ou bien encore quand on a affaire à une dent dont la pulpe est sensible au froid.

Lorsque la douleur produite par l'extraction doit persister longtemps, comme dans le cas de périostite ou pour une opération de longue durée, comme l'extraction d'une grosse molaire à racines non séparées, l'anesthésie par le froid est insuffisante comme durée ou nécessite plusieurs reprises ; la cocaïne, dont l'action dure beaucoup plus longtemps, 10 minutes environ, est préférable.

De même, nous recommandons la cocaïne lorsque la dent à extraire est une 2e ou 3e grosse molaire.

Réciproquement, il faudra employer le froid dans tous les cas où la cocaïne est contre-indiquée. Voici, d'autre part, les cas où il peut remplacer avantageusement la cocaïne :

1° Quand la gencive est fongueuse ou décollée, surtout au niveau du bord alvéolaire externe ;

2° Lorsqu'il existe un abcès. Cet accident est occasionné le plus souvent par une carie du 4e degré ; par conséquent, la pulpe n'existe plus, et la sensibilité au froid a complètement disparu ; donc le coryl peut être avantageusement employé.

En outre, il est souvent avantageux d'employer la méthode mixte, le mélange de l'anesthésie par le froid et de l'anesthésie par la cocaïne.

C'est ainsi que nous avons le plus souvent recours à la cocaïne pour insensibiliser la partie interne du bord alvéolaire, où l'anesthésie par réfrigération n'est pas toujours très facile à obtenir, et nous employons le froid pour anesthésier la partie externe de ce bord. Cette manière de faire nous permet d'assurer une anesthésie absolue sur l'un des côtés de la dent à enlever, puisque nous pouvons injecter une seringue entière de la solution

au centième de chlorhydrate de cocaïne de ce côté et obtenir également une insensibilité complète; de l'autre côté, puisque nous pouvons refroidir cette région sans avoir besoin de déplacer la pulvérisation et sans avoir besoin de la faire dévier du côté de l'isthme du gosier.

Enfin, presque toujours nous employons le froid, quoique nous ayons fait une injection de cocaïne dans la région, pour être certain d'obtenir cette analgésie que le malade nous réclame.

Manuel opératoire de la méthode mixte.

Notre méthode, dans ce cas, est la suivante :

1er *temps.* — Après lavage antiseptique de la muqueuse, réfrigération du point où doit porter la piqûre par le chlorure d'éthyle, si la dent à extraire ou les dents voisines ne sont pas sensibles au froid ; dans le cas contraire, badigeonnage de ce point avec une solution de chlorydrate de cocaïne à 5 0/0.

2e *temps.* — Injection lente intra-dermique d'un centimètre cube d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne, au 1/00, préparée extemporanément.

3e *temps.* — Deux minutes environ après cette injection, réfrigération de la région opératoire par la pulvérisation du mélange refrigérant.

On opère immédiatement après.

La méthode mixte dont nous venons de parler présente encore un autre avantage, sur lequel nous allons dire quelques mots.

Lorsqu'on soumet le malade à la pulvérisation du mélange de chlorure de méthyle et d'éhtyle, il inspire des vapeurs du mélange, et en particulier des vapeurs de chlorure d'éthyle, ce corps étant beaucoup plus volatil.

Dans le cas où l'on emploie l'éthyleuse de M. d'Argent, il n'inspire même que du chlorure d'éthyle.

Or, le chlorure d'éthyle est un anesthésique général, qui fut même employé plus de 1.800 fois par Clover, et le malade qui en inhale un peu, par la pulvérisation, est, non pas endormi au moment de l'opération, mais n'a plus absolument conscience de ce qui se passe.

Plusieurs fois il nous est arrivé, surtout avec les enfants et les nerveux, de constater que le malade était totalement anesthésié. Nous avons même cité ce fait dans notre thèse, au sujet de l'emploi du coryl, et nous avons été à même de le constater une dizaine de fois depuis cette époque ; certains sujets sont d'une sensibilité extrême à cet agent anesthésique.

Nous ne sommes pas partisan, naturellement, d'aller jusqu'à l'anesthésie générale, et nous recommandons même de penser à sa possibilité pour l'éviter, mais nous croyons que ce commencement de perte de connaissance, de perte de l'individualité, cette ivresse, pour ainsi dire, sera une cause fréquente de l'insensibilité absolue que reconnaissent très bien les malades.

En résumé, on opère un patient qui est un peu inconscient, et

sur une région où l'on a combiné les deux meilleurs moyens d'anesthésie locale connus à ce jour.

CONCLUSIONS

1° L'anesthésie générale doit être employée d'une façon tout à fait exceptionnelle en art dentaire.

A. — *Anesthésie générale.*

2° Le protoxyde d'azote est le meilleur anesthésique pour une opération courte;

3° L'éther est le meilleur anesthésique pour une opération longue;

4° La méthode mixte (protoxyde d'azote et éther) doit être employée quand la durée de l'opération est incertaine.

B. — *Anesthésie locale.*

1° L'anesthésie locale par les mélanges de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle donne des résultats suffisants dans les opérations superficielles;

2° L'anesthésie locale par l'injection intra-muqueuse d'un centimètre cube d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au 1/100 est suffisante pour rendre totalement indolore une extraction normale;

3° La méthode mixte (réfrigération et injection de cocaïne) constitue la meilleure méthode pour rendre indolore l'extraction des dents.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA CARIE DU 3e DEGRÉ

Par M. Siffre.

Médecin-dentiste, professeur suppléant à l'Ecole Odontotechnique.

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du* 11 *janvier* 1898.)

La communication que j'ai l'honneur de vous faire n'a en elle-même rien de bien nouveau ni de bien remarquable ; c'est un procédé à ajouter à ceux déjà nombreux du traitement de la carie du 3e degré.

Déjà, dans un numéro de la *Revue Odontologique* j'ai publié et mon *modus operandi* et quelques cas dans lesquels je suis intervenu comme je vais vous l'exposer bientôt. J'ai complété cette première note dans une séance de la Société Odontologique [1], en ajoutant de nouveaux cas et en résumant tous les cas traités jusqu'ici.

Dans les caries du 3e degré il n'est pas toujours facile d'entreprendre un des traitements classiques connus, et bien souvent, surtout pour une certaine classe de malades, la seule

1. *Revue Odontologique* de juin et décembre 1897.

intervention possible est l'extraction. J'ai donc cherché à conserver, par une seule intervention, des dents que fatalement je devais extraire, ne pouvant revoir une deuxième fois leur propriétaire. Bien entendu, je n'ai pas appliqué indifféremment mon procédé à tous les troisièmes degrés qui se sont présentés. J'ai pensé qu'à un moment donné, la carie du 3e degré ayant détruit les tissus durs de la dent et mis à nu une partie de la pulpe, cette dernière n'était pas infectée.

Partant de cette idée, j'avais, pour rétablir et conserver la fonction de la dent, à remplir les conditions suivantes :

1° Supprimer la douleur ;

2° Maintenir l'analgésie obtenue ;

Connaissant les propriétés de l'acide arsénieux, tout de suite je les ai utilisées. Mais, seul, il n'a qu'une action bien évidente : la destruction de la pulpe ; il ne faut pas lui en demander plus, il ne faut pas lui demander d'être un antiseptique.

Il fallait autre chose pour obtenir l'asepsie : j'ai choisi l'iodoforme.

Ajoutons à ces deux substances, acide arsénieux et iodoforme, de l'acide phénique liquide, pour en faciliter l'application. J'atténue la douleur de la dite application en y joignant un sel de morphine. Je connaissais les propriétés de cette pâte, car c'est à elle que je m'adresse très souvent pour la destruction de la pulpe, en vue du traitement du canal ou des canaux.

Mais ce mélange ne suffisait pas. Il fallait que les tissus mortifiés par le contact de cette pâte et ceux ramollis par le fait même de la carie fussent stériles et surtout *durcis*, afin d'éviter que plus tard ils ne devinssent pas des milieux de culture pour des germes secondaires ou non annihilés par l'application de la pâte. Le bichromate de potasse était indiqué ; aussi fut-il adjoint aux autres substances.

Le mode opératoire a été le suivant :

Curettage minutieux de tout l'ivoire ramolli, atteint par les germes infectieux ;

Lavage de la cavité, à l'eau bouillie tiède ;

Curettage plus minutieux encore, au niveau de la partie de la pulpe dénudée ;

Séchage à l'air chaud, puis très chaud, et application de la pâte faite extemporanément, avec les substances susindiquées, à savoir :

Acide arsénieux	ââ.
Morphine	
Iodoforme	
Bichromate de potasse	

Acide phénique q. s. pour faire une pâte de la consistance de la vaseline.

Encore un peu d'air chaud, une très mince couche d'ouate stérilisée au niveau de la pulpe, enfin obturation : gutta, ciment, amalgame, au choix. Les douleurs consécutives sont identiques à celles produites par l'acide arsénieux dans les applications ordi-

naires, tantôt fortes, tantôt nulles, en tout cas disparaissant dans les 24 heures.

J'ai traité de la sorte 39 dents: une incisive, 4 bicuspides, 19 molaires de 6 ans, 7 molaires de 12 ans, 5 troisièmes molaires et 3 molaires temporaires.

Je n'ai eu aucun accident du côté du périoste dans tous ces cas.

Les traitements datent de :

1 de 21 mois,
1 de 11 mois,
8 de 10 mois,
7 de 9 mois,
2 de 7 mois,
7 de 6 mois,
2 de 5 mois,
3 de 4 mois,
2 de 2 mois,
5 de 1 mois au 1er décembre 1897.

J'aurai l'occasion de revoir mes malades et j'espère en donner des nouvelles, bonnes ou mauvaises, dans une de nos réunions plénières.

DENTS A TUBE POUR « BRIDGE WORK »

Par M. John H. Spaulding,

Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

(*Communication au Congrès de Paris.*)

Tout le monde sait que le « bridge work », comme il a presque toujours été construit, même par les plus habiles praticiens, présente deux défauts manifestes :

1° Le danger de fracture des faces en porcelaine, principalement celles des bicuspides et des molaires; je puis même ajouter l'impossibilité d'une réparation parfaite ;

2° L'apparence choquante de tels appareils, qui montrent une surface d'or sur les faces triturante et linguale des dents.

En employant les dents anglaises à tube, j'ai réussi à éviter ces inconvénients.

Quoique la forme très primitive et massive de ces dents laisse beaucoup à désirer au point de vue de l'esthétique, je pense qu'elles peuvent, même avec ces défauts, être avantageusement employées pour les bridges latéraux, afin de remplacer une ou plusieurs bicuspides ou molaires. Si ces dents étaient plus employées pour ce travail, les fabricants pourraient peut-être changer leurs vieux et mauvais moules, pour en faire d'autres qui donneraient des dents se rapprochant plus de la perfection naturelle.

Supposez, par exemple, un cas que nous rencontrons souvent : une première molaire très cariée et ne pouvant supporter qu'une couronne, les deux bicuspides extraites, et la canine cariée demandant une couronne.

Ceci représente un simple bridge de deux dents qui peut être fixé comme les circonstances l'exigent. Après préparation convenable des racines, faire la cape ou le chapeau et le pivot pour la molaire et la canine, suivant la manière ordinaire, les placer sur les racines et prendre l'empreinte, de façon à avoir un modèle avec les moyens de fixation dans leur position convenable. Ensuite choisir une grosse molaire, deux bicuspides et une canine à tube. Celles qui doivent être attachées aux capes et aux pivots déjà préparés sont ajustées : la molaire sur sa cape, mais concave sur la face qui se trouve du côté de l'espace à remplir. Sur la base de chacune de ces dents, brunir une mince plaque d'or pur, percer un trou, pousser au travers de la plaque et dans le tube de la dent le fil de platine qui doit servir de pivot, retirer la dent et souder avec de la soudure à 20 carats, remettre ensuite la dent en place et brunir plus soigneusement la plaquette en coupant les bords qui dépassent la dent.

Pour plus de facilité dans la description, nous appellerons cette plaquette « la base ». La dent, avec sa base, est maintenue en position sur la cape avec de la cire, la dent enlevée, la base et la cape sont mises en plâtre pour être soudées. Enlever ensuite la cire et souder avec de la soudure à 20 carats. Les dents qui forment le bridge remplissent l'espace entre les deux couronnes qui servent à le fixer, elles doivent être meulées de façon à laisser l'espace indispensable pour le nettoyage, la base étant faite comme pour les autres. Il faut alors remplir la concavité de la base avec de la soudure à 20 carats, ensuite mettre les dents à leur place, ajuster le bridge comme il convient, et fixer le tout ensemble avec de la cire. Quand ceci est fait, retirer le bridge du modèle, enlever les dents, et mettre une dernière fois en plâtre pour souder. C'est un grand avantage que de ne pas avoir à faire passer les dents au feu. Avec ce procédé on use moins d'or et de soudure qu'avec les bridges ordinaires, ce qui est une économie ; de plus aucune surface d'or n'est visible.

Après avoir poli l'or de l'appareil, il faut attacher les dents, ce qui peut être fait avec du ciment ou du soufre. Si ce dernier est choisi, le bridge et les dents doivent être chauffées, et du soufre fondu doit être placé autour des pivots (comme pour les dents à tube ordinaire) et des bases qui doivent recevoir les dents. Avec un peu d'expérience on y arrive très facilement. On peut voir, sans insister, que les deux grands avantages désirés sont obtenus.

Si une dent vient à casser, il faut en choisir une autre, l'ajuster et fixer avec du ciment ; une réparation ne peut pas être plus simple ; mais cet accident arrive rarement, les dents à tube étant très résistantes. Une particularité frappante dans ce travail à pont consiste dans l'adaptation d'un pivot mobile dans la racine antérieure de la grosse molaire et cela sans force aucune. En effet, supposons deux racines divergentes : l'impossibilité matérielle d'introduire nos pivots nous empêchera d'enfoncer notre pont ; avec ce dispositif de pivot mobile, plus d'impossibilité, car notre pivot prendra la

direction voulue pour le placement du pont, et ce dernier, arrivé en bonne place, sera contenu dans les racines par le seul fait de son introduction, surtout si nous avons soin au préalable d'enduire pivot, racine et chapeau, d'un ciment préparé suffisamment liquide, suivant les procédés ordinaires. Je me sers de ces dents à tubes pour les bicuspides à pivot, et j'obtiens un ajustement parfait sur la surface des racines, et un contact plus intime qu'avec aucune autre dent.

Je vais essayer de décrire brièvement la façon de les préparer. La racine de la bicuspide doit être meulée au niveau de la gencive ou aussi près qu'il est possible de ce niveau, même convexe si l'on veut ; mais comme elle est le plus souvent rendue irrégulière par la carie et que l'on n'a pas une surface bien plate, on prend une plaque d'or fin, que l'on brunit sur cette surface et, avec le maillet et les instruments nécessaires, on perce un trou dans la plaque, on y fait passer un pivot qui entre dans le canal préalablement préparé de la racine ; la plaque et le pivot doivent être soudés ensemble à l'or à 22 karats ; ensuite la plaque doit être ajustée de façon à correspondre au diamètre de la racine, la dent meulée à la forme voulue est alors soudée à la plaque et au pivot comme il a été décrit pour le bridge.

Je me sers de dents à tube dans la plupart de mes couronnes et de mes bridges depuis quatre ans ; mais j'ai préféré bien étudier ce que j'ai essayé avant d'en parler à mes confrères. Cependant, un article touchant un peu ce sujet a été lu devant le *Columbian Dental Congress* à Chicago, mais les procédés employés m'ont paru bien compliqués.

On peut conclure, après un peu d'expérience, que les dents à tube sont très avantageuses parce que :

1° Elles sont très resistantes ;

2° Sur les plaques et les bridges, on les remplace facilement quand par hasard elles cassent ;

3° Elles peuvent être meulées comme on le désire, et repolies ensuite ;

4° Elles sont ajustées très rapidement, et toutes les soudures peuvent être faites sans la présence des dents.

Il faut se servir de ces dents pour les apprécier, et si l'on ne s'en sert pas, c'est à cause de leur forme peu naturelle et de l'apparence de difficultés qu'elles paraissent apporter dans le travail. Servons-nous-en davantage et demandons que les fabricants en fassent de plus naturelles, avec des moules nouveaux. Leur emploi deviendra plus général et les dents à crampon cesseront d'être aussi indispensables.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 décembre 1897.

Présidence de M. E. Besnier.

Syphilis héréditaire.

M. A. Fournier. — Voici une fillette dont la mère est absolument saine, le père est mort après avoir présenté une série d'accidents plus ou moins imputables à la syphilis. La petite malade porte, aux deux membres inférieurs, des gourmes volumineuses, et de divers côtés des accidents multiples qui sont autant d'arguments en faveur de la syphilis. Mais je dois vous faire remarquer surtout chez elle deux dents en tournevis qui sont, à mon avis, tout à fait caractéristiques. Pour ma part, je n'ai jamais vu cette altération dentaire en dehors de la syphilis héréditaire.

M. Besnier. — Il y a quelques années, j'ai montré à Hutchinson, dans mon service, un certain nombre de malades semblables à celle-ci, manifestement syphilitiques; Hutchinson, après les avoir examinés, me déclara que chez aucun il ne retrouvait « sa dent ».

Il faut distinguer deux sortes d'altérations dentaires: d'une part une forme qu'on observe chez les enfants en activité de syphilis héréditaire, d'autre part celles qui se développent sous l'influence toxinienne.

Autre cas de syphilis héréditaire.

M. A. Fournier. — Cet autre malade, âgé de seize ans, s'est présenté à nous avec une syphilis tuberculeuse, guérie aujourd'hui, et une glossite superficielle, en partie reparue aussi. Les parents se sont dérobés à notre enquête; néanmoins, nous pouvons affirmer ici l'hérédo-syphilis, en raison des caractères suivants: 1° infantilisme; 2° lésions des oreilles (perforation des deux tympans); 3° lésions oculaires; 4° rachitisme; 5° arrêt du développement intellectuel; 6° altération dentaire; 7° articulations défectueuses des maxillaires, d'où il résulte que les arcades dentaires ne peuvent se rejoindre. Ce stigmate se rencontre chez nombre de dégénérés.

M. Jacquet. — Ce malade a présenté une exostose médio-palatine; elle doit exister encore, car c'est là une lésion irréparable.

M. Fournier. — Elle existe aussi très souvent en dehors de la syphilis.

Voici un autre malade hérédo-syphilique avec épilepsie. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur les parents, mais nous savons que quatre frères et sœurs sont morts en bas âge. En outre, chez le malade lui-même, nous constatons des signes caractéristiques tels que infantilisme (développement rudimentaire du système pileux), petitesse exagérée des testicules, strabisme paralytique de l'œil gauche, névrite optique et lésions choroïdiennes, malformations craniennes. Le malade, en outre, présente deux plaques pseudo-péladiques intéressantes, qui, d'après le récit de ses parents, auraient été attribuées à la pression des branches du forceps.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 novembre 1897.

L'abolition du réflexe pharyngien, qu'on a considérée autrefois comme pathognomonique de l'hystérie, a été rencontrée par M. Féré dans d'autres états pathologiques. Elle est fréquente dans l'absorption prolongée du bromure de potassium (*Voisin*). M. Féré l'a rencontrée chez des épileptiques qui prenaient jusqu'à 15 grammes de bromure. Sur 178 épileptiques, dont 86 seulement prenaient du bromure, M. Féré a constaté l'abolition du réflexe pharyngien 78 fois sur 86 bromurés, et 59 fois chez 92 non-bromurés.

BACILLUS TARTRICUS.

M. L. Grimbert, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, et M. J. Choquet, ont présenté à la Société d'Odontologie le résultat de leurs recherches sur un nouveau ferment des tartrates. Ils ont pu isoler et cultiver à l'état de pureté un nouveau bacille décomposant les tartrates de chaux et d'ammoniaque, donnant un dégagement d'acide carbonique et d'hydrogène. Ils lui ont donné le non de *bacillus tartricus*. C'est un anaérobie facultatif avec prédilection marquée pour la vie anaérobique. L'ensemble de ses caractères biologiques le différencie nettement des ferments décrits par Pasteur, A. Gautier, Fitz et Kœnig. E. B.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance de démonstrations pratiques du 9 janvier 1898.

Une séance de démonstrations pratiques a eu lieu, le dimanche 9 janvier, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole dentaire. M. le Dr Sauvez et M. le Dr Pitsch, qui devaient pratiquer des anesthésies, le premier au protoxyde d'azote, le second au bromure d'éthyle, se sont fait excuser au dernier moment.

La séance commence par la démonstration que fait M. Léger-Dorez sur l'emploi de l'émail fusible.

Le cas choisi est une carie interstitielle, siégeant à la face latérale interne d'une incisive centrale supérieure droite. La cavité étant préparée, sans rétention, l'empreinte en est prise avec une feuille de platine très mince, que l'on recuit de temps en temps ; à l'aide d'un fouloir mousse, on enfonce avec précaution la feuille de métal dans la cavité, de façon à en tapisser toute la surface, on s'attache surtout à ce que les bords soient très nets ; la feuille de platine se déchire souvent vers le fond, mais cela n'a aucun inconvénient.

On obtient ainsi une petite cupule ayant la forme exacte de la cavité ; on fait alors une pâte, en mélangeant le liquide et la poudre de porcelaine, on en remplit l'empreinte, que l'on dépose sur une petite lamelle de platine, et l'on place le tout dans le four d'Ash. On fond la porcelaine, ce qui demande environ deux minutes, et comme le bloc a subi un retrait, on ajoute une petite

quantité de pâte, et l'on remet au four. On peut refondre une troisième fois, s'il y a lieu.

Le bloc obtenu, on l'essaye dans la bouche, on le dépouille ensuite de sa coiffe de platine en conservant les ébarbures qui serviront de points de repère, et, après avoir fait quelques points de rétention dans la cavité, on le scelle à l'aide de ciment clair (M. Léger-Dorez recommande le ciment Idéal).

Lorsque le bloc est un peu gros, on peut le maintenir, en attendant que le ciment durcisse, avec un fil attaché autour de la dent. Quand il sera solidement fixé, on n'aura plus qu'à enlever l'excès d'émail avec une digue de carborundum.

Ces obturations sont d'un très bel effet.

M. d'Argent fait ensuite une démonstration sur l'emploi du coryl. Il pratique, à l'aide de cet anesthésique local, de nombreuses extractions à un premier malade, sans que celui-ci accuse la moindre douleur.

M. d'Argent recommande de diriger d'abord le jet de coryl dans la commissure, aussi loin qu'il est possible du collet de la dent, puis de se rapprocher peu à peu de celui-ci; il faut chercher à agir sur le point correspondant à la naissance des rameaux nerveux, c'est-à-dire, s'il s'agit, à la machoire supérieure, d'incisives ou de canines, diriger d'abord le jet dans la fosse canne; si l'on veut, au contraire, procéder à l'extraction de grosses molaires, il ne faut pas craindre de projeter le coryl en arrière de ces dents, vers la tubérosité du maxillaire. Une seconde application est faite à la face interne. L'anesthésie dure environ 40 secondes; on a donc tout le temps d'opérer, d'autant plus que l'on peut, s'il est nécessaire, faire une nouvelle pulvérisation : ce cas se présente pour une deuxième malade à laquelle M. d'Argent pratique l'extraction d'une racine de première prémolaire supérieure gauche.

M. le Dr Sauvez n'ayant pu venir faire sa démonstration, M. de Marion administre le protoxyde d'azote à deux malades qui sont opérées par M. Martinier.

En résumé, séance très intéressante, et nous remercions vivement MM. Léger-Dorez d'Argent et de Marion, d'avoir bien voulu nous communiquer leur manière de procéder.

Dr Maire.

Réunion du mardi 11 janvier 1898.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

M. Papot. — Le procès-verbal de la dernière réunion n'ayant pas été publié, je vous propose d'ajourner son adoption à la prochaine séance.

L'assemblée, consultée, se prononce pour l'affirmative.

M. Papot. — J'ai à vous faire part des excuses de MM. Loup, Damain, Dr Queudot et Hivert (Il donne lecture de leurs lettres.)

Ainsi que vous l'ont appris les lettres de convocation, par suite

d'un accord entre les bureaux de la Société Odontologique de France et de la Société d'Odontologie de Paris, il a été décidé que des réunions plénières seraient tenues plusieurs fois dans l'année alternativement au siège des deux Ecoles dentaires.

Nous devons nous féliciter de cet heureux résultat, amené par les agréables relations nouées au Congrès dentaire national de 1897, dont il n'est que juste de constater le succès.

Cette décision montre quelle cordiale entente règne entre les membres des deux Ecoles, et prouve que chez les hommes de bonne volonté l'intérêt professionnel prime tout.

Je suis donc heureux de souhaiter ici la bienvenue aux membres de la Société de la rue de l'Abbaye, dont un certain nombre assistaient déjà à notre séance clinique de dimanche matin.

I. — Etude critique des différents modes d'anesthésie par M. le Dr Sauvez.

M. le Dr Sauvez donne lecture d'un travail sur ce sujet (*Voir Travaux originaux*).

Discussion.

M. Richard-Chauvin. — Une communication semblable devait être faite au Congrès de Moscou par M. Sauvez. Si c'était la même, il serait intéressant de connaître la discussion à laquelle elle a donné lieu à Moscou, avant d'émettre des idées sur le même sujet.

M. Sauvez. — Celle que j'ai présentée à Moscou était plus courte et n'a provoqué aucune discussion, pour la bonne raison que nous étions à peine cinq ou six dentistes parlant français à ce congrès.

M. le Dr Pitsch. — Je ne suis pas partisan du bromure d'éthyle pour une ou deux extractions ; il ne faut l'employer qu'au delà de 6 ou 7 ; autrement, on doit se servir du protoxyde d'azote. Il convient de ne pas nous en rapporter aux statistiques pour le bromure d'éthyle, car il est très rarement pur, et on croit que ses inconvénients proviennent de là. Dès qu'il prend une couleur brune, c'est qu'il contient du brome. Ce n'est d'ailleurs pas le seul produit qui soit impur ; le chloroforme des hôpitaux l'est également, bien qu'il leur soit fourni en une seule fois, et son impureté est due à l'alcool. C'est à cette impureté qu'il faut attribuer la mort, à la septième anesthésie, de cette femme dont je vous entretenais le mois dernier.

Cette question des anesthésiques est, du reste, extrêmement complexe : c'est ainsi qu'en employant 4 centigrammes de cocaïne, je n'ai jamais eu de pâleurs, et que j'en ai eu avec 1 centigramme.

M. d'Argent. — Ainsi que nous en avait prévenus M. Sauvez, sa communication est très complexe et très importante ; aussi y a-t-il lieu de regretter qu'il se soit départi de la proposition qu'il nous avait faite, de nous la soumettre huit jours à l'avance, par un tirage spécial, afin de nous laisser le loisir de l'examiner avant la réunion de ce soir. Nous voilà donc engagés dans une discussion

improvisée, et beaucoup de points pourront passer inaperçus. Pour ma part, je n'examinerai que ceux qui m'ont le plus frappé.

Tout d'abord j'y relève avec satisfaction que M. Sauvez se déclare un chaud partisan de l'anesthésie locale, et qu'il n'a plus que quelques faibles attaches avec l'anesthésie générale, dont il nous expose les graves dangers et qui, dit-il, ne convient plus qu'aux opérations longues et compliquées, et, entre autres, à l'avulsion de la dent de sagesse, dont l'évolution vicieuse ou la carie perforante infectée ont pu déterminer le trismus des mâchoires.

Eh bien! je regrette pour M. Sauvez qu'il ait été aussi près du but sans le franchir, c'est-à-dire sans s'être prononcé nettement contre l'anesthésie générale. Il eût ajouté un fleuron à la gloire chirurgicale française, en attachant le grelot à cette importante question : *la suppression de l'anesthésie générale dans les extractions dentaires.*

J'estime qu'avec les progrès incessants réalisés par l'anesthésie locale, ce moment est arrivé, et que nous aurons peut-être à nous féliciter d'avoir eu cette louable initiative. Aussi, je vous proposerai d'examiner la question dans ce sens, et de mettre aux voix l'inopportunité de l'anesthésie générale dans les avulsions.

En attendant, examinons le pour et le contre, et voyons si l'anesthésie générale convient encore aux dentistes.

M. Sauvez a insisté sur ses dangers, en s'appuyant sur les statistiques. J'ajouterai que celles-ci ne contiennent que ce qui n'a pu leur être soustrait, et qu'elles présentent, néanmoins, des taux de mortalité qui imposent les plus graves réflexions. Encore ne nous renseignent-elles que sur les cas de mort, et sont-elles muettes sur les nombreux accidents qui, pour être d'un ordre secondaire, n'en forment pas moins un cortège imposant de misères redoutables.

En abordant le chapitre des responsabilités, dont M. Sauvez nous a également entretenus, en nous citant, entre autres, l'opinion émise à ce sujet par M. le docteur Brouardel, je tiens à réfuter une assertion souvent entendue, à savoir que : *l'opérateur n'est pas garant, du moment qu'un médecin produit et surveille l'anesthésie.*

Outre que cette appréciation manque de générosité, elle est encore d'une inexactitude absolue. Certes, le praticien qui exerce en vertu des dispositions transitoires de la loi ne pourra être inquiété, et c'est le médecin qui encourra l'action judiciaire en cas d'accident; mais il n'en serait pas de même du chirurgien-dentiste, qui, muni d'un diplôme lui reconnaissant la capacité de l'anesthésie, devient un *collaborateur* d'autant plus responsable que le malade opéré est *son client habituel*, et qu'il est censé ne pas ignorer ses tares et ses contre-indications au sommeil anesthésique.

Examinons à présent les divers anesthésiques généraux que nous recommande l'auteur de la communication. Ayant conscience des graves inconvénients que présentent ces agents toxiques, il invoque la statistique pour préconiser les moins dangereux, et il

ne base son choix que sur cette seule considération. C'est ainsi qu'il nous recommande, en premier lieu, le protoxyde d'azote (1 mort sur 90.000), en deuxième lieu l'éther (1 sur 20.000), et enfin, il rejette le chloroforme (1 sur 2.000).

Or, M. le Dr Dastre dit dans son remarquable traité : « Prétendre qu'il faut préférer l'éther au chloroforme uniquement parce que la statistique lui accorde un décès sur 20.000, tandis qu'elle en attribue 1 sur 2.000 au chloroforme, c'est revenir à une erreur de doctrine pareille à celle de ces médecins qui, sans tenir compte de l'indication, voulaient décider l'Académie, vers 1833, à choisir, pour traitement de la pneumonie, entre les saignées et les purgatifs ». — Voilà donc le beau raisonnement sur lequel on s'appuie pour nous faire revenir en arrière, pour remettre en faveur ces toxiques implacables, et cette distinction aboutit précisément à nous indiquer celui des deux anesthésiques qui conviendrait le moins pour des opérations dentaires, si, par une aberration déplorable, nous retournions à l'anesthésie générale qui est actuellement délaissée par les 9/10es des dentistes !

En effet, l'éther, que M. Sauvez préconise pour les extractions laborieuses, par crainte du chloroforme, et pour la seule raison qu'il ne tue qu'un patient sur 20.000, tandis que son concurrent a le tort d'en faire périr 1 sur 2.000, est l'anesthésique qui nous convient le moins, puisque les auteurs les plus autorisés le proscrivent radicalement pour les opérations de la face, la suture du bec-de-lièvre, la staphylorraphie et, à plus forte raison, l'extraction laborieuse d'une dent placée à quelques centimètres des voies respiratoires, menacées d'obstruction par l'écoulement sanguin que cet anesthésique favorise, en congestionnant la périphérie. De plus, l'éther détermine la production de mucosités et une hypersécrétion salivaire, qui provoquent la toux et les nausées et obscurcissent le champ opératoire ; enfin, ses inhalations prolongées déterminent brusquement l'apnée toxique, c'est-à-dire la mort irrévocable. Ajoutons encore que c'est l'éther qui laisse, après le réveil, le plus de personnes malades par ses seules inhalations.

En ce qui concerne l'anesthésie locale, M. Sauvez a fait un exposé très exact ; les agents réfrigérants complètent l'action de la cocaïne, ou y suppléent.

J'insisterai seulement pour que M. Sauvez se rappelle que j'ai présenté au Congrès de Paris des appareils nouveaux, à l'aide desquels on donne au chlorure d'éthyle une force de propulsion et une rapidité d'action qui en font un analgésique très remarquable.

M. Ducournau. — M. Sauvez n'a pas parlé de la combinaison du protoxyde d'azote et du chloroforme, administrée suivant le procédé du Dr Darin : nous donnons d'abord quelques gouttes de chloroforme pendant 40 à 45 secondes, puis nous employons le protoxyde ; l'anesthésie permet alors d'enlever jusqu'à 15 dents.

M. Léger-Dorez. — Je prierai M. Sauvez de vouloir bien mentionner que c'est le Dr Bengué qui a, le premier, introduit le chlorure d'éthyle.

M. d'Argent. — Je ne sais si cette assertion est exacte, mais je serais tenté de croire le contraire, à cause du récent procès gagné par la maison Gilliard contre le même M. Bengué.

M. de Marion. — Nous ne devons pas abandonner l'anesthésie générale ; mais il nous appartient de juger dans quels cas elle est applicable. Quand nous serons en présence d'un cas pour lequel l'anesthésie locale suffira, nous devrons la pratiquer ; mais quand nous recourrons à l'autre, ce sera sous notre propre responsabilité. Aucun de nous n'a eu d'accidents encore avec cette dernière ; mais cela arrivera. Les médecins qui s'occupent d'art dentaire sont d'anciens internes en médecine, et non en chirurgie ; or, les internes en médecine ne connaissent pas l'anesthésie, et ils sont stupéfaits de la voir pratiquer par leurs collègues de la chirurgie.

L'éther est le plus mauvais des anesthésiques, à cause de l'hémorragie en nappe, des mucosités, de la salivation extraordinaire ; le chloroforme, au contraire, présente de grands avantages, c'est un vaso-constricteur.

La cocaïne est très dangereuse, on ne la connaît pas. Le commencement de la réfrigération est très désagréable, et les préliminaires ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer avant l'anesthésie ; ils assurent une amélioration, mais non la destruction de la douleur.

La méthode de Darin est excellente, très longue, très sûre, et permet de nombreuses extractions.

M. Ducournau. — Nous donnons le chloroforme avec une embouchure, il tombe goutte à goutte, et le malade se réveille toujours sans nausées.

M. Stévenin. — M. Pitsch a dit que les accidents du chloroforme sont dus aux impuretés. Or, le chloroforme ne se conserve pas pur, car il s'y forme de l'acide chloroformique.

M. Godon. — Nous avons consacré déjà une séance à l'anesthésie ; mais la question est assez grave pour que nous lui en consacrions plusieurs, car nous avons reconnu les inconvénients d'une discussion non préparée.

M. d'Argent nous a demandé de mettre aux voix une proposition. Voyez-en la conséquence : si quelques-uns d'entre nous persistaient, après un vote pareil, à employer les anesthésiques généraux, bien que ce ne soit qu'exceptionnellement, comme je le fais moi-même, et s'ils avaient un accident, immédiatement le tribunal pourrait s'armer de la décision de la Société d'Odontologie de Paris, et ils risqueraient d'être condamnés. Je suis sûr que M. d'Argent, dans son improvisation, a laissé ses paroles dépasser un peu sa pensée. Par conséquent, je ne suis pas d'avis d'émettre ce vote. Mais, étant donné l'importance de la question, nous pourrions très bien demander qu'on reproduisît sur la lettre de convocation d'une prochaine séance les conclusions de M. Sauvez, de façon à ce que chacun apportât ici son opinion sur ce point.

M. Prével. — Je demande la parole avant la clôture de la discussion générale parce que je tiens à exprimer mon opinion per-

sonnelle sur ce qui n'est peut être, à votre avis, qu'une question de détail, mais qui n'en a pas moins une réelle importance.

Notre collègue, M. d'Argent, vous demande un vote tendant à supprimer de la pratique dentaire l'emploi des anesthésiques généraux ; je suis loin de partager son opinion. Ce que l'on vous demande en ce moment, c'est en fait un retour en arrière, la renonciation volontaire à un droit par lequel la Faculté nous a élevés au niveau de nos collègues étrangers.

Ce n'est pas tout. Dans nos clientèles qui n'a connu cette catégorie de patients qu'on pourrait appeler les peureux, pour lesquels la mort semble préférable à la douleur, qui ne peuvent voir sans se pâmer pas plus l'appareil coryleur que la seringue de Pravaz, moins encore le forceps, voire même l'opérateur ? A ceux-là il est bien difficile d'imposer l'anesthésie locale. De plus, je ne vois pas toujours d'un très bon œil le refrigérant appliqué sur des dents sensibles au froid ; cette brusque transition n'est pas toujours du goût du malade, et lui occasionne de vives douleurs.

Je me borne à ces raisons, auxquelles je pourrais en ajouter d'autres encore, mais dont le développement m'entraînerait trop loin. Elles suffisent d'ailleurs pour me déterminer à refuser absolument de voter une décision aussi contraire à notre honneur, et à déclarer que je ne m'y associerai jamais.

M. d'Argent. — M. Sauvez nous a indiqué les seuls cas où il comprend l'usage de l'anesthésie générale : les extractions compliquées. Qu'un opérateur, placé dans ce cas, pense trouver dans l'anesthésie générale l'auxiliaire indispensable, je le conçois encore, quoique sans l'approuver. Mais que, sur la simple demande d'un malade, on risque de le faire mourir, pour lui extraire quelques chicots, c'est un acte blâmable, qui expose son auteur aux plus graves responsabilités, et contre lequel je m'élève hautement. Et je le ferai avec d'autant plus de raison qu'il s'agit précisément de sujets auxquels le sommeil anesthésique devrait être refusé avec la plus grande rigueur. En effet, ce sont, pour la plupart, des gens craintifs, nerveux, trop exaltés ou trop déprimés, et d'une extrême susceptibilité. Or rappelons-nous qu'il est toujours vrai, le principe donné par les chirurgiens anglais : « *Trop de prostration et trop d'excitation ne valent rien pour l'anesthésie générale* ». On m'objecte que ces malades sont préalablement soumis à l'examen médical. Mais l'examen du cœur, du poumon et du système nerveux, sur lequel on s'appuie pour justifier l'anesthésie générale, ne suffit pas pour en écarter les accidents ! Ceux-ci n'ont pas de causes parfaitement établies, et l'on ne sait s'il faut les attribuer au mode d'administration ou à l'impureté du produit ou à la durée des inhalations. Dans ces conditions, on peut juger de l'imprudence et de la légèreté dont se rend coupable l'opérateur qui emploie les composés anesthésiques uniquement pour donner satisfaction à des sujets susceptibles, c'est-à-dire les plus exposés à leur action toxique.

M. Siffre. — En présence d'un malade qui réclame l'anesthésie générale, c'est au chirurgien de décider ; mais il ne doit pas avoir

de complaisance coupable, et il doit limiter l'anesthésie suivant les nécessités.

M. de Marion. — On accuse des confrères d'être complaisants; il faut bien prendre garde, car l'effet en serait déplorable. Le chirurgien-dentiste doit faire son devoir, et rien que son devoir. En poussant la discussion dans ce sens, nous nous engageons dans une mauvaise voie et il pourrait en coûter cher à celui qui aurait un accident.

M. Martinier. — La communication de M. Sauvez et les observations auxquelles elle donne lieu ont un caractère purement scientifique, tandis que l'observation de M. de Marion fait intervenir dans le débat des considérations d'un autre ordre. Or, j'estime que la pratique légale ne doit pas entrer en ligne de compte dans cette question.

M. Sauvez. — J'ai à répondre à diverses objections. Je dirai d'abord à M. d'Argent que, suivant son désir, j'aurais voulu déposer ma communication avant la séance, mais qu'elle n'était pas tout à fait terminée ; dans ces conditions, au lieu d'en aborder la discussion aujourd'hui, on aurait pu la remettre à la prochaine séance. Je lui dirai également que je suis absolument ennemi de l'anesthésie générale; j'ai examiné la longue suite d'accidents qui lui sont dus, et je l'ai condamnée : mes conclusions en font foi, et je crois qu'il est impossible d'être plus affirmatif. J'estime, d'autre part, qu'il serait exagéré d'émettre un vote sur cette question. Je n'ai rien à ajouter à ce sujet à ce qu'a dit M. Godon, et le vote que demande M. d'Argent serait aussi exagéré que celui que l'on demandait jadis à l'Académie pour la faire choisir, pour le traitement de la pneumonie, entre les saignées et les purgatifs, sans tenir compte de l'indication. M. d'Argent reproche à l'éther de favoriser les hémorragies. Je crois qu'il a là-dessus des craintes beaucoup trop grandes et qu'il changera d'idée quand il aura fait quelques éthérisations. D'autre part, je n'ai pas dit, comme il semble le croire, qu'on doive toujours employer l'éther et jamais le chloroforme ; il n'y a qu'à se reporter aux indications et contre-indications de chacun de ces anesthésiques, que M. d'Argent trouvera dans tous les livres, entre autres dans le remarquable traité du professeur Dastre. Ainsi donc, s'il s'agit d'un malade normal, ce que j'ai toujours supposé, je trouve que l'anesthésie par l'éther est à préférer, m'embarrassant peu de cette crainte chimérique d'hémorragie, qui cessera avec l'anesthésie et qu'un peu de compression arrêtera facilement ; d'ailleurs, la réfrigération pousse également aux hémorragies.

Je n'aime pas le mélange de M. Darin, parce que, s'il provoque une issue fatale, il ne permet pas de déterminer à quel agent elle est imputable.

A M. de Marion je ferai observer qu'il n'y a qu'une seule classe d'*internes* et que ceux-ci font alternativement de la médecine et de la chirurgie, à leur choix. Je lui ferai observer aussi que l'action de la cocaïne n'est pas inconnue ; on connaît, au contraire, fort

bien son action physiologique et jamais aucun accident mortel n'a pu lui être imputé au-dessous de 23 centigrammes.

Sur la proposition de *M. Papot*, la suite de la discussion est renvoyée après la publication de la communication de M. Sauvez et du procès-verbal de la séance où elle a été faite.

II. — Contribution a l'étude du 3e degré de la carie dentaire par M. Siffre.

M. Siffre lit une communication sur ce sujet (*Voir Travaux originaux*).

M. Bonnard. — Dans quelles proportions mélangez-vous ?

M. Siffre. — Par parties égales. Le bichromate durcit, la pâte sèche et devient adhérente.

M. Bonnard. — Etant donné ce mélange, je ne vois pas bien l'action que peut avoir l'iodoforme dans un pansement occlusif où il entre du bichromate. Ce dernier durcit les tissus et empêche l'action antiseptique de l'iodoforme. D'autre part, M. Siffre peut-il affirmer qu'il a dans son mélange une action antiseptique quelconque due à l'iodoforme, puisque celui-ci, enfermé qu'il est et privé du contact de l'oxygène, ne peut pas produire le dégagement d'iode nécessaire ?

M. Siffre. — Je ne crois pas que le bichromate agisse sur la pulpe.

M. Ronnet. — Il serait bon de savoir à quel degré de carie nous en sommes. Y a-t-il eu une pulpite aiguë avant votre intervention ? Si oui, on ne peut pas faire de coiffage. Dans le 2e degré avancé on a divers moyens de coiffage qui donnent des résultats. Etes-vous dans le 2e ou le 3e degré ? Il faudrait préciser.

M. Siffre. — A un moment du 2e degré il y a une perforation de l'ivoire et la pulpe est simplement dénudée.

M. Godon. — Alors elle est infectée.

M. Pitsch. — Toute pulpe qui a été à l'air est perdue. Je n'ai jamais vu réussir un coiffage.

M. Lemerle. — Une dent peut supporter l'acide arsénieux durant toute son existence. Lorsqu'on coiffe pour conserver un nerf, il faut distinguer s'il y a eu douleur spontanée ou non ? Votre coiffage est-il suivi de douleur ?

M. Siffre. — Il y a douleur comme avec l'acide arsénieux.

M. Lemerle. — Vous avez chance de conserver la pulpe. Pour ma part, j'ai mis quelquefois de l'acide arsénieux, j'ai bouché et obtenu un bon résultat.

M. Godon. — Ce procédé ne peut s'expliquer que par la momification de la pulpe. Si, sur une pulpe, vous mettez de l'acide arsénieux, il faut ouvrir la cavité pulpaire et retirer les nerfs. J'avoue que je ne comprends pas bien l'acide arsénieux laissé à demeure sur une pulpe mise à nu. Pour qu'il n'y ait pas d'accidents, nous devons supposer que les médicaments que vous indiquez ont une action différente, que l'organe central est non mortifiée, mais momifié. On a fait diverses compositions de médicaments pour

momifier la pulpe. Quelques dentistes anglais ont également recommandé l'acide arsénieux comme antiseptique placé à l'entrée des canaux infectés (Coleman).

M. Ducournau. — Les cas de M. Siffre sont trop récents pour donner la solution de la question.

M. Ronnet. — Je m'élève contre l'emploi de l'acide arsénieux si on laisse la pulpe en place; en le supprimant du pansement vous obtiendrez le même résultat.

M. d'Argent. — L'acide arsénieux dans une dent la dévitalise tôt ou tard et nécrose l'os. J'ai enlevé à une jeune fille une dent dans laquelle un dentiste avait placé un pansement d'acide arsénieux qui n'avait pas été retiré. Eh bien! la couronne était rongée, corrodée et n'adhérait presque plus aux racines; de plus il y avait de la suppuration autour du collet, et une nécrose étendue s'était produite sur l'os maxillaire. On ne sait donc pas, si l'acide arsénieux ne dépassera pas la racine et ne produira pas de nécrose osseuse. Il y a des coiffages qui ne réussissent jamais, et on ne sait à quoi l'attribuer. Y a-t-il pression exagérée sur la pulpe ou infection de cet organe? C'est probable; aussi je ne me décide au coiffage que lorsque je ne peux dévitaliser la pulpe et traiter convenablement les racines.

M. Ducournau. — Il ne faut pas mettre d'acide arsénieux à demeure dans une dent d'enfant.

M. Sauvez. — Il faut tenir compte de l'âge. Avec de l'acide arsénieux sur une dent de vieillard on n'aura jamais d'accident, et remarquons que le sujet dont parle M. d'Argent était très jeune.

M. Siffre. — Je mets peu d'acide arsénieux et une quantité de pâte grosse comme un grain de chènevis. Si, le lendemain ou le surlendemain, j'enlève l'obturation qui le recouvre, je trouve la pâte sèche. Dans un cas, chez un patient qui partait en voyage, la pâte tomba durant son absence et je constatai que la pulpe n'était pas complètement détruite. Quand un 3e degré commence, il y a infection de la pulpe. Or, en appliquant l'acide arsénieux, dans un 3e degré infecté, les choses se passent comme dans mon procédé.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
A. Loup.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Corps étrangers du sinus maxillaire.

Par C. Ziem (*Monatschrift f. Ohrenheilk.*, p. 13, n° 1, 1896).

1° Comment éviter que les corps étrangers pénètrent dans le sinus? *a*) Pénétrer dans le sinus avec le stylet, avec un trocart, avec un ciseau mousse, introduit par l'alvéole, est aujourd'hui une méthode barbare. Il en est de même dans une série de cas pour l'emploi du trocart, introduit par les fosses nasales, où l'on échoue malgré le développement d'une force considérable. Un faux mouvement de l'opérateur ou du malade peut facilement amener la rupture du trocart, dont la pointe

reste implantée dans la paroi. Il est bien plus simple de se servir du foret américain (fraises lancéolées de six millimètres de diamètre et plus). Dans plus de cinq cents opérations, Ziem n'a pas été obligé de recourir une seule fois à la narcose; jamais son instrument ne s'est rompu. Si l'on veut agrandir l'orifice, on prend une fraise plus grosse et non une curette qui pourrait se casser facilement. Il faut donc toujours recourir à de bons instruments.

b) Pour les canules ou drains (qui peuvent pénétrer dans le sinus), il est plus simple de les supprimer, en raison de leur inutilité. S'il pénètre quelques débris alimentaires, le lavage suffit à les expulser, et puis le malade apprend très vite à ne pas mastiquer au niveau de sa fistule.

c) Les canules pour lavages doivent être de bonne qualité et non coudées; il est préférable de se servir de canules courtes (4 centimètres).

d) Comment traiter les corps étrangers qui ont pénétré dans le sinus? Pirogoff, ayant échoué dans la recherche des corps étrangers, conclut à l'abstention. Des balles peuvent séjourner longtemps dans le sinus (Dupuytren, Hyrtl) ; mais les conditions ne sont pas comparables : ici il s'agit de sujets sains, là de sujets atteints de suppuration plus ou moins ancienne. Et alors, par suite de l'altération antérieure de la muqueuse, les corps étrangers provoquent des troubles plus graves et doivent être enlevés le plus rapidement possible. Plusieurs méthodes se présentent :

a) L'ablation par la voie de pénétration. Ziem a réussi plusieurs fois. Il emploie un fil d'acier recourbé par l'orifice de la canule et s'en sert pour la ramener au dehors. On peut aussi employer un crochet.

b) Pour la canule d'acier, on peut recourir à un électro-aimant.

c) L'emploi de la pince à os de Luer, pour enlever la paroi alvéolaire au niveau du corps étranger, donne de bons résultats ; si l'on n'a pas le corps étranger tout de suite, on le mobilise et il ne tarde pas à sortir seul.

d) L'injection massive des liquides dans le sinus pour amener la sortie du corps étranger par l'ostium maxillaire, a donné quelques succès (Moure).

e) L'ouverture large du sinus par la fosse canine est un procédé qui ne s'emploiera qu'en dernier ressort. PAUL TISSIER.

(Ann. méd. Or. et Larynx.)

EMPYÈMES DU SINUS MAXILLAIRE CHEZ LES ENFANTS

Par MOURE (*Rev. hebdom. de Laryngol.*, 24 octobre 1896).

Après avoir relaté deux cas d'empyème aigu chez deux enfants de trois semaines (Rudaux, Greidenberg), l'auteur rapporte plusieurs cas tirés de sa pratique, ayant trait à des empyèmes latents, pris pour des rhinites purulentes ou des ozènes, et s'observant dans la seconde enfance, au moment où coïncide le développement du sinus avec l'évolution de la seconde dentition.

Ces empyèmes, souvent méconnus, sont loin d'être rares ; ils se caractérisent par l'écoulement purulent provenant du méat moyen, et souvent la dégénérescence myxomateuse du cornet moyen ; l'éclairage qui, vu la transparence osseuse à cet âge, devrait donner des résultats frappants, a paru très infidèle au Dr Moure.

Le traitement consistera d'abord en l'ablation des masses polypeuses, douches nasales antiseptiques et répétées, pulvérisations de nitrate d'argent. Si ces moyens ne suffisent pas, on ouvrira largement le méat inférieur pour faire des lavages. Enfin, si l'évolution de la seconde dentition n'amène pas une amélioration marquée, on devra se résigner à sacrifier une molaire et faire des irrigations par la voie alvéolaire.

Dans cette opération, on évitera de se porter trop en arrière, le sinus pouvant ne pas être encore développé à ce niveau.

Comme, chez les enfants, les dents que sépare l'orifice alvéolaire ont tendance à se rapprocher de plus en plus, il sera d'ordinaire nécessaire de combler le vide créé entre elles par une dent artificielle maintenue par les procédés de Dunogier ou Gaillard.

L'auteur appelle enfin l'attention des spécialistes sur ces empyèmes infantiles souvent méconnus, car ils peuvent être le point de départ de sérieuses complications (oreilles, poumons). H. RIPAULT.

(*Ann. méd. Or et Larynx.*)

ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE LA LANGUE.

M. Ginestans a communiqué à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux l'observation suivante :

« Olivier L..., quarante-huit ans, chauffeur, entre à l'hôpital Saint-André, salle des Petits-Payants, lit n° 8, service de M. le Dr Rondot, le 3 novembre 1896. Ses antécédents héréditaires sont un peu chargés au point de vue de la tuberculose : sa mère est morte à vingt-sept ans de tuberculose pulmonaire ; sa sœur est morte également à vingt-sept ans de la même maladie. Quant à lui, il est marié ; sa femme est bien portante ; il a un fils actuellement âgé de dix-huit ans, également bien portant. Comme antécédents vénériens, nous retrouvons, à l'âge de seize ans, une blennorrhagie, guérie à l'hôpital de Brest au bout de soixante jours. A part un accès de fièvre de cinq jours au Sénégal, guéri par une simple purgation, le malade déclare avoir joui d'une excellente santé jusqu'en octobre 1896. A cette époque, faisant la traversée de Rio-de-Janeiro, il eut, selon son expression, un « chaud et froid » suivi de frissons. Depuis ce moment-là, il a perdu ses forces, perdu l'appétit, s'est amaigri, a toussé et craché beaucoup. Le 3 novembre 1896, il se décida à entrer à l'hôpital. L'examen de l'appareil pulmonaire décela des symptômes de tuberculose. A la percussion en avant et à gauche, bruit de pot fêlé ; à droite, diminution du murmure vésiculaire. En arrière, à gauche, respiration rude.

« Il y a deux mois, parut spontanément une légère fissure sur la face dorsale de la langue ; il s'en aperçut par hasard. Cette ulcération s'est refermée, puis est revenue progressivement.

« Les dents sont en mauvais état, mais aucune ne peut être considérée comme une cause d'ulcération sur le milieu de la langue. Le malade fumait environ un paquet de cinquante centimes tous les deux jours, mais il ne fume plus depuis trois mois.

« *Examen de la langue.* — Au niveau du V lingual, exactement sur la ligne médiane, ulcération d'un centimètre au moins de profondeur, donnant par l'écartement de ses lèvres l'impression d'une langue incisée sur le milieu et dont les bords se seraient progressivement écartés. Longueur: deux centimètres et demi ; bords roses, formant bourrelet en avant, déchiquetés, anfractueux, décollés en arrière.

« On trouve à la région sous-maxillaire, à la région carotidienne, des ganglions arrondis ou ovalaires, du volume d'une amande, mobiles, non adhérents à la peau, de consistance fibreuse.

« Cette ulcération n'est pas douloureuse. Elle ne gêne en rien les mouvements de mastication, elle ne gêne pas davantage la parole, et c'est par hasard que le malade s'en est aperçu. Bien plus, le 22 décembre, et depuis ce moment-là tous les jours, on cautérise l'ulcération au chlorure de zinc. Ces cautérisations ne sont pas douloureuses. »

(*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

Hémophylie traitée par le corps thyroïde.

Le Dr Déjace rapporte, dans le *Scalpel*, du 7 novembre 1897, la très intéressante observation suivante :

L'auteur eut à donner ses soins à une dame atteinte depuis deux ans d'hémophylie. Lorsqu'elle fut examinée par lui le 4 octobre, elle présentait les particularités suivantes : anémie intense, facies exsangue, muqueuses absolument décolorées, gencives saignant abondamment au moindre attouchement. Le corps est couvert de taches de purpura. Aux époques menstruelles, le sang s'écoule avec abondance pendant douze à quatorze jours.

Tous les hémostatiques ont été employés, aucun n'a réussi. Les injections d'ergotine même sont restées sans effet.

Se basant sur les observations faites sur l'action du corps thyroïde ingéré dans les métrorrhagies, l'auteur prescrivit des capsules du corps thyroïde le 9 octobre ; le 12, la malade eut ses règles, qui ne durèrent que quatre jours, au lieu de douze ou quatorze jours, aux époques précédentes. Le 18, les hémorragies gingivales avaient disparu. Le 27 octobre, après dix-huit jours de traitement, la maladie n'avait perdu que 400 grammes de son poids.

Il serait à désirer que les dentistes eussent dans les capsules du corps thyroïde le traitement de l'hémophylie ; aussi serions-nous heureux qu'on fît des recherches dans ce sens et que ce traitement fût appliqué à des hémophylies avérées, un mois, par exemple, avant les opérations à faire dans la bouche.

Il résulte néanmoins de l'observation du Dr Déjace que le corps thyroïde exerce une action inconnue sur la plasticité du sang.

E. B.

Revue de Thérapeutique

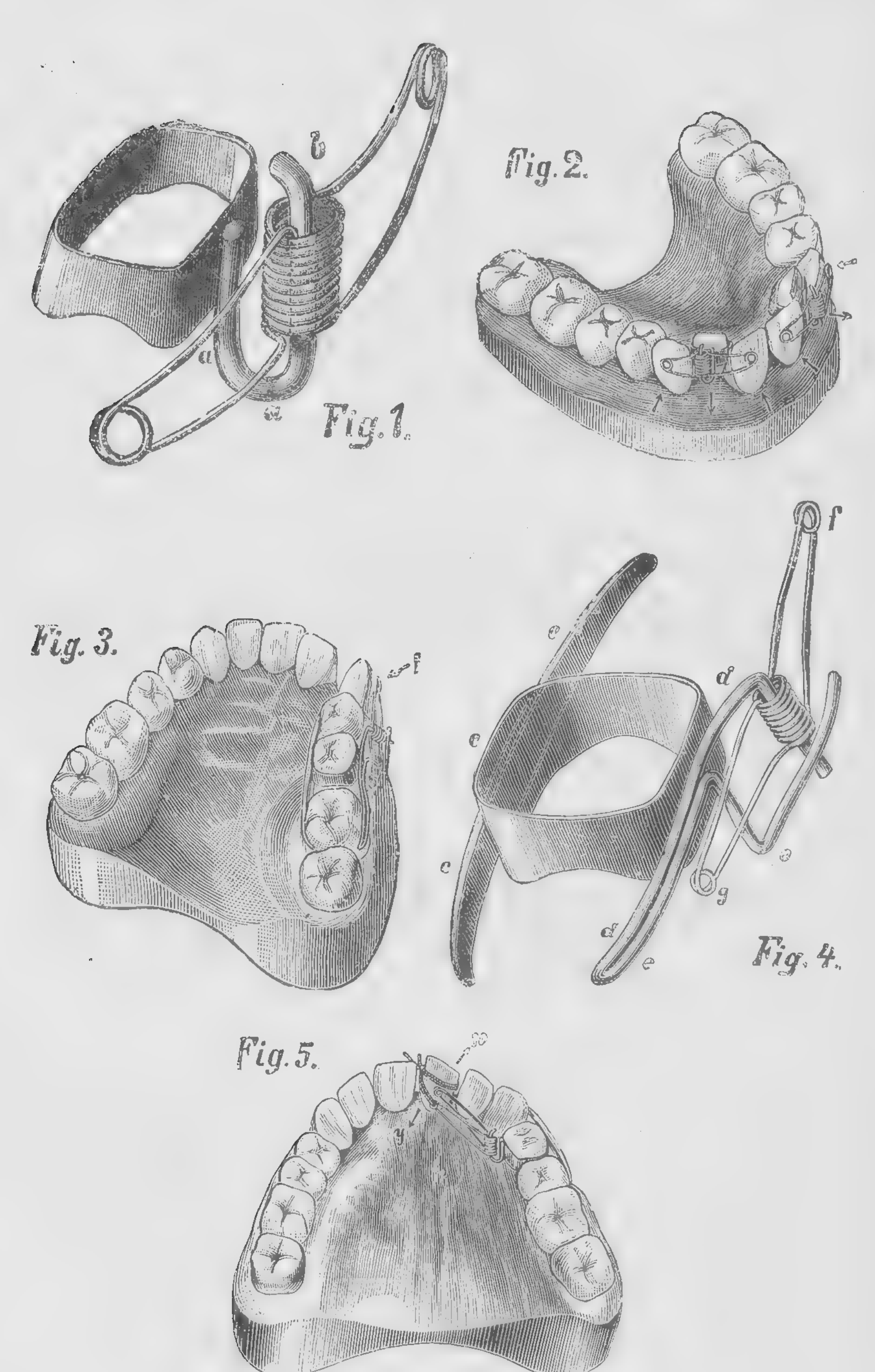
Dans la dentine sensible Wilson emploie déjà depuis plus de cinq ans le coton imbibé de chloroforme après avoir recouvert la dent de la digue ; ce moyen demande peu de temps, agit vite et donne des résultats très satisfaisants. Le grand avantage de ce moyen, c'est que la cavité reste absolument sèche.

Miller emploie des boulettes de coton hydrophile trempées dans de l'acide phénique et les laisse dans la cavité deux à quatre jours, le résultat est assez bon. Graut procède encore plus simplement : il met directement des cristaux d'acide phénique.

La résorcine comme anesthésique.

Le Dr E. Vialle a observé dans beaucoup des cas des maladies de la cavité buccale le pouvoir anesthésique de la résorcine, par exemple dans la stomatite membraneuse, qui se rencontre souvent chez les enfants et leur occasionne de telles douleurs que l'enfant ne peut plus accepter d'aliments. Pour les aphtes de la bouche la résorcine agit très vite. Les accidents sous-linguaux dans la coqueluche ne sont pour la plupart pas douloureux, mais occasionnent quelquefois des douleurs lorsqu'on meut la langue. Lorsqu'on les badigeonne avec de la résorcine, la douleur disparaît aussitôt.

PLANCHE IV.



L'auteur emploie la solution à 5/30 ; c'est à peine si le badigeonnage provoque une légère cuisson.

MÉLANGE NON TOXIQUE ET SANS ODEUR.

Iodoforme	ãã P. E.
Acide benzoïque	
Magnésie calcinée	
Essence d'eucalyptus	
Quinquina pulvérisé	

F. S. A. Poudre antiseptique.

Pour la momification complète et rapide des restes des pulpes, qui ne sont pas soumis à l'extraction, le Dr T. Brooks recommande le mélange suivant :

Acide chromique	ãã P. E.
Acide sulfurique médical à 50 0/0	

Avec un petit agitateur il dépose quelques gouttes de ce mélange dans le canal sur la pulpe, et après avoir recouvert avec une pâte antiseptique il termine aussitôt l'obturation. Pendant une heure à peu près après l'opération, le patient souffre, mais par contre on ne peut pas obtenir un meilleur résultat.

DOULEURS CONSÉCUTIVES A L'EXTRACTION DES DENTS (WELCH).

Alcool pur	30 gr.
Chloroforme	60 gr.
Ether sulfurique	22 gr.
Gomme camphrée	15 gr.
Teinture d'opium	4 gr.
Essence de girofle	2 gr.

Introduire dans l'alvéole un tampon de coton imbibé de ce mélange.

(*Revue médicale.*)





REVUE DE L'ÉTRANGER

RESSORT A REDRESSEMENT DE SIEGFRIED

Par M. R. RAUSCHENBACH, de Dresde.

Depuis longtemps on imagine des mécanismes très compliqués et très nombreux pour corriger les irrégularités dentaires, et on les emploie avec des succès différents. Cette multiplicité est certainement la preuve que tous ces appareils présentent des inconvénients qui empêchent que leur usage ne soit général.

Nous désirons appeler l'attention sur un appareil nouveau et très simple, dont on se sert depuis des années et qui donne des résultats très satisfaisants dans chaque cas où il est employé [1].

Le ressort à redressement de Siegfried est bien connu. Tout

1. Les clichés qui accompagnent cet article nous ont été gracieusement prêtés par la maison Ash, à laquelle nous adressons nos vifs remerciements.
E. P.

praticien peut s'en servir facilement et sans infliger d'incommodité au patient.

Les figures ci-jointes fournissent des exemples de cette nouvelle méthode, et quiconque a étudié le redressement ne manquera pas de voir l'extrême simplicité du système.

Remise en position de dents en retrait. — Une bande d'or est tournée et adaptée sur la dent irrégulièrement placée, on soude ensuite à l'anneau ainsi constitué un morceau de fil métallique dont l'extrémité est relevée de façon à former un crochet (fig. 1, *a*). Cet anneau est alors solidement fixé à la dent.

Après cela, séparer les deux ailes du ressort, introduire la spirale sur le crochet *b*, enfin en recourber l'extrémité pour empêcher le ressort de glisser.

Les flèches (fig. 2) indiquent l'action de la spirale et des ailes.

Retrait d'une dent. — Comme on peut le voir, fig. 3, il s'agit d'une cuspidée avançant en avant, à refouler en arrière. Dans ce cas, on n'a comme force agissante qu'une aile du ressort (fig. 3 et 4, *f*).

L'anneau est adapté à la 2e bicuspidée, et (fig. 4, *c c*) un morceau de fil métallique demi-rond est soudé à l'anneau sur la face linguale, partant de la 1re bicuspidée et se terminant à la 1re molaire. Le ressort est ainsi supporté par 3 dents. Sur la face labiale sont soudés 2 fils recourbés à angle droit (fig. 4, *d e*).

L'appareil ainsi préparé est alors fixé à la 2e bicuspidée ; le ressort est placé sur le bout courbé du fil *d*, et l'extrémité du fil *e* est recourbée au-dessus pour maintenir solidement le ressort. L'aile *f* du ressort exerce son action sur la cuspide et agit dans la direction de la flèche (fig. 3).

Rotation d'une dent dans son alvéole. — Dans ce cas (fig. 5) nous employons les deux ailes du ressort comme force agissante.

Cet appareil ressemble beaucoup à celui qui vient d'être décrit, car il consiste également en un support soudé sur la face labiale (fig. 6, *g g*).

Le crochet *h* soudé sur la face linguale sert à mettre le ressort en mouvement.

Quand cet appareil est fixé sur la 1re bicuspide, on tourne d'abord les ailes du ressort de 180 degrés (fig. 7), on met la spirale sur le crochet *h*, de sorte que le ressort *i* presse le côté distal de la dent à redresser et agisse dans la direction de la flèche *x* (fig. 5).

Une ligature de soie est alors attachée à la dent, et le nœud fait sur la surface labiale. On tire une extrémité de la ligature par l'œil de l'aile *k*, et on la lie avec l'autre extrémité de la ligature en un autre nœud, et l'aile *k* tire la dent dans la direction de la flèche *y* (fig. 5). De cette façon, la dent est tournée très également par les deux ailes du ressort.

Rotation de deux dents à la fois. — La fig. 8 représente une irrégularité très commune, les incisives centrales étant situées plus ou moins à angle droit sur la ligne de l'arcade. Les deux

PLANCHE V.

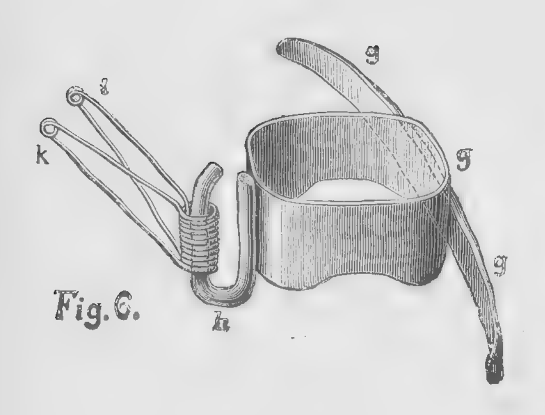


Fig. 6.

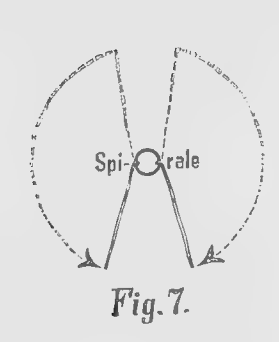
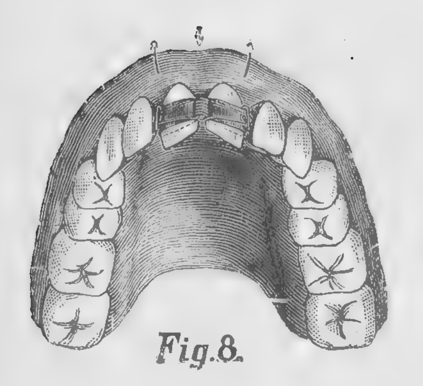
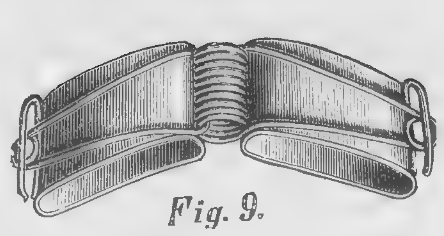


Fig. 7.


Fig. 8.


Fig. 9.

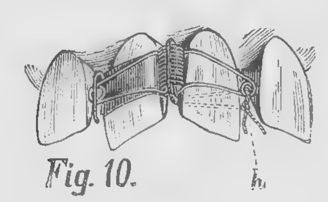


Fig. 10.

dents sont entourées d'un anneau bien ajusté. Un crochet est soudé un peu en arrière de l'espace entre les incisives centrale et latérale (fig. 9, *l*, *m*). Alors, les anneaux sont fixés avec du ciment, et il suffit de mettre le ressort en action (fig. 8, 9). Les extrémités du fil métallique *l* et *m* (fig. 9), sont retournées ; les flèches (fig. 8) indiquent l'action du ressort.

S'il n'y a pas assez d'espace pour deux rubans, en fixer un avec un crochet comme d'ordinaire et, pour l'autre, employer une ligature de soie (fig. 10). Passer le fil par la spirale, amener les deux bouts à travers la face linguale dans l'œil de l'aile *n* (fig. 10) et serrer par un nœud. Le résultat est exactement le même que précédemment.

Les dents ainsi redressées peuvent aisément être maintenues en place jusqu'à ce qu'elles soient devenues solides dans leur nouvelle position, en se servant de l'anneau déjà adapté à la dent à redresser et en soudant un morceau de fil métallique à la face linguale ou labiale, suivant le cas. Par ce moyen, l'appareil est transformé en un système de rétention efficace. Les extrémités de ce fil métallique doivent être laissées un peu longues, pour avoir un support sur les dents voisines.

L'appareil est porté jusqu'à ce qu'il n'y ait plus à craindre que les dents retournent à leur position primitive.

(Ash and Sons' Quarterly Circular.)



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'abondance des matières nous oblige à ajourner à notre prochain numéro la publication d'un très intéressant jugement qui vient d'être rendu par le tribunal de Charolles, et des commentaires qu'il a suggérés à notre collaborateur judiciaire M. Roger.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

QUESTIONS POSÉES AU PREMIER EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

M. Cornil. — Que savez-vous des glandes salivaires? — Par quel mécanisme les *acini* produisent-ils de la salive? — Qu'est-ce qui se passe quand on coupe la corde du tympan? — Quelle est laforme et quelle est la cons-

titution des cellules animales? — Comment la salive s'élimine-t-elle une fois que les glandes l'ont élaborée? — D'où viennent les globules blancs du sang que l'on trouve dans la salive? — Savez-vous s'il y a des globules blancs dans les cellules? — Les globules blancs ont-ils un noyau? — Quelles sont les formes des noyaux des globules blancs? — Quels sont à l'état normal les micro-organismes de la salive? — Comment sont faits les leptothrix? — Qu'appelle-t-on streptothrix buccalis?

Que savez-vous des amygdales? — Comment se présentent les amygdales quand on les observe à l'œil nu dans la bouche? — Y a-t-il des dépressions? — Qu'est-ce que c'est que ces dépressions? — Qu'est-ce qu'un follicule clos? — A quoi servent-ils? — Quels sont les tissus que l'on trouve dans les follicules clos? — Qu'est-ce qu'un tissu? — Quels sont ceux que vous connaissez? Comment les follicules clos peuvent-ils aider à la sécrétion de la lymphe? — Voulez-vous me parler de la constitution de la lymphe? — Y a-t-il des variations de constitution dans ce liquide suivant l'endroit de l'organisme où on le prend? — Donnez-moi un exemple. — Qu'est-ce qu'un vaisseau chylifère? — Où se trouve-t-il? — Quel est l'aspect des vaisseaux chylifères pendant la digestion? — Que trouve-t-on dans la lymphe d'un vaisseau lymphatique de la vessie?

Qu'est-ce que le phénomène de la coagulation du sang? — Qu'est-ce qui forme le caillot? — Sous quelles formes se précipite la fibrine? — Comment la fibrine en se coagulant peut-elle entraîner les globules rouges? — Savez-vous quelle est la condition pour que la fibrine se dépose? — Qu'est-ce que l'hémoglobine? — Savez-vous sous quelles formes on peut l'obtenir?

Outre les globules blancs et la fibrine, que trouve-t-on encore dans la lymphe? — Trouve-t-on des sels organiques?

Qu'est-ce que les papilles de la langue? Dites-moi comment est faite une papille filiforme? — Comment sont disposées les cellules de la surface de ces papilles? — Quelle est leur forme? — Que trouve-t-on au milieu de la papille? — Qu'est-ce que c'est que le vaisseau central? — Qu'y a-t-il autour du vaisseau? — Papille caliciforme du V lingual? — Comment appelle-t-on les différentes parties de cette papille? — A quoi servent physiologiquement les papilles caliciformes? — Quelles sont les terminaisons nerveuses gustatives?

Quelle est la partie la plus dure d'une dent?

Qu'est-ce qu'on appelle épithélium? — Cellules épithéliales? — En quoi diffèrent les cellules épithéliales des cellules des autres tissus? — Que signifie le mot épithélial? — Quelles sont les différentes sortes d'épithéliums? — Quelles sont les couches de la peau?

Qu'est-ce que c'est qu'un canal de Havers? — Y a-t-il des capillaires dans les canaux de Havers? — Qu'appelle-t-on corpuscule osseux? — Y a-t-il des corpuscules osseux dans le cément des dents?

Voulez-vous me dire s'il y a des vaisseaux dans la dentine? — D'où viennent les vaisseaux de la dent?

Que trouve-t-on sur la muqueuse de la bouche? — Quel est le rôle des glandes que l'on trouve dans la muqueuse buccale? — Quelles sont les propriétés du mucus? — Quel est le rôle des cellules des glandes dans la sécrétion du mucus? — Que se passe-t-il dans les conduits glandulaires?

Y a-t-il une différence entre les cellules épithéliales d'une glande qui a secreté et celles d'une glande à l'état de repos?

Qu'appelle-t-on hématose? — Que se passe-t-il dans le sang? — Comment se fait l'hématose? — Comment se fait l'oxydation du sang? —

Où arrive le sang ? — Par quelles voies ? — Qu'est-ce que les alvéoles pulmonaires ? — Où se trouvent les vaisseaux dans les alvéoles pulmonaires ? — Savez-vous si les échanges gazeux se font facilement ? — Où naît l'artère pulmonaire ? — Quelle différence y a-t-il entre le sang artériel et le sang veineux ? — Quelle est la différence de couleur ? — Que se passe-t-il quand on expose le sang veineux à l'air ?

Quel est le liquide de l'estomac ? — Qu'est-ce qui se digère dans l'estomac ? — Où se digèrent les graisses ? — Dans quelles parties de l'intestin grêle ?

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France prie MM. les chirurgiens-dentistes de vouloir bien assister à la réunion amicale et fraternelle qui aura lieu le 16 février 1898, au café de la Petite Bourse, 85, rue de Richelieu.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DU SUD-EST DE LA FRANCE.

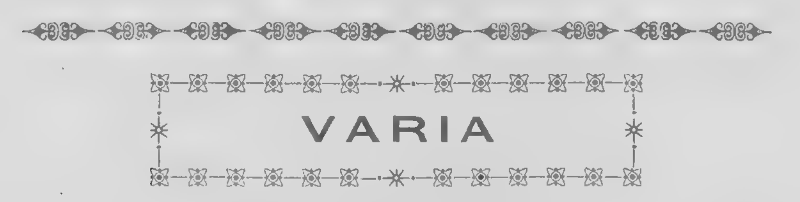
Réunion-Congrès en 1898.

L'*Association générale des dentistes du sud-est de la France* a décidé de convoquer tous les dentistes de France faisant partie d'une association ou d'un syndicat à une réunion-congrès qui aura lieu à Marseille, les 29 et 30 mai 1898 (Dimanche et lundi de la Pentecôte).

Les frais de la réunion-congrès seront supportés par l'Association du Sud-Est.

La question à traiter sera communiquée prochainement.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. A. Chapot, *dentiste*, 55, rue Gioffredo, Nice.



Brosses a dents a bon marché.

— Voyez les belles brosses à dents ! A bon marché ! On ne les vend pas, on les donne !

Tel était le boniment que faisaient, dimanche, sur le marché de Belleville, trois camelots porteurs de sacs remplis de brosses à dents de tous les modèles.

Malgré leur bon marché, ils ne firent pas de brillantes affaires à Belleville. Mais ils éveillèrent l'attention de deux agents de la Sûreté, qui suivirent les camelots et les arrêtèrent rue Moret.

Conduits au bureau de la Sûreté, ils déclarèrent se nommer Charles Couillet, dit l'Artiste, Emile Reisser et Adolphe Doroze. Ils ne firent aucune difficulté d'avouer qu'ils avaient volé ces brosses.

Voici comment : Couillet est mécanicien-dentiste, et Doroze, courtier en brosses. Tous deux avaient été en relations d'affaires avec la fabrique de brosses à dents de M. Chantepie, 8, rue Albouy. Se retrouvant à Poissy, où les avaient fait enfermer quelques peccadilles antérieures, ils avaient médité un bon coup.

Avec l'aide de Reisser, ouvrier-plombier, également ex-pensionnaire de Poissy, il avaient guetté la sortie de la voiture de livraison de M. Chantepie. Le garçon, ayant des marchandises à porter dans le passage Brady, avait arrêté sa voiture boulevard de Strasbourg, devant le passage, et, pendant son absence, on avait sauté sur le siège et on avait filé.

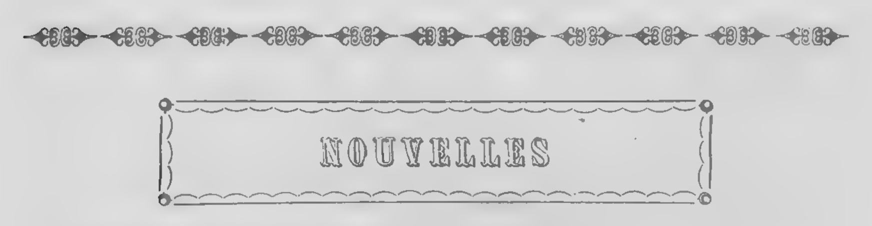
Quand on avait été à une certaine distance, on avait abandonné l'attelage, mais on avait enlevé le chargement : six mille brosses à dents... Excusez du peu, comme disait Rossini !

Seulement, six mille brosses à dents, cela ne se vend pas en une journée, et Doroze, bien que courtier, eut peur d'aller les offrir dans les magasins. On résolut de faire un déballage.

C'est ce déballage qui a fait pincer le trio.

M. Chantepie est rentré dans ses six mille brosses à dents, moins trois douzaines que les voleurs avaient à grand'peine réussi à écouler.

JEAN DE PARIS.



NOUVELLES

Parmi les promotions d'officiers d'Académie nous relevons le nom de notre confrère, Mirebeau (Etienne-Adrien), chirurgien-dentiste à Bordeaux.

Nous apprenons également que M. Brigiotti a reçu dernièrement la rosette d'officier de l'Instruction publique.

Nous adressons toutes nos félicitations à nos distingués confrères.

Dans sa séance du 1er février la Société d'Odontologie a procédé au renouvellement de son bureau, qui est ainsi composé :

Président : M. d'Argent.

Vice-présidents : MM. Dr Sauvez, Lemerle.

Secrétaire général : M. Dr Maire.

Secretaires des séances : MM. Jeay, Dr Pitsch.

Dans sa séance du 5 février, le Conseil d'administration de

l'Association générale des dentistes de France a procédé au renouvellement de son bureau, qui est ainsi composé :

Président : M. Martinier.
Vice-Présidents : MM. d'Argent, Richer.
Secrétaire général : M. Devoucoux.
Secrétaire adjoint : M. Prével.
Trésorier : M. Rollin.

Congrès dentaire international de 1900.

Dans sa séance du 8 février 1897 le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a nommé cinq membres destinés à faire partie du Comité d'organisation du Congrès de 1900.

Ces cinq membres sont MM. Godon, Papot, Viau, Richard-Chauvin, Martinier.

Le bureau de la Société d'Odontologie a adjoint à ces membres MM. d'Argent, Lemerle, Dr Sauvez et Dr Maire.

Le 9e congrès international d'hygiène et de démographie aura lieu à Madrid du 10 au 17 avril prochain. Une exposition y sera annexée. A cette occasion, notre distingué confrere le Dr Florestan Aguilar, secrétaire de la Société odontologique espagnole, nous informe qu'une « Assemblée dentaire » siégera en même temps; il invite les dentistes français à y assister, à y présenter des communications orales et à y faire des démonstrations pratiques.

Après un brillant concours M. le Dr Marie, ex-interne des hôpitaux, vient d'être nommé professeur suppléant de pathologie interne à l'Ecole dentaire de Paris.

MM. de Croes et de Marion ont également, après concours, été nommés chefs de clinique à cette Ecole.

Un nouveau journal.

Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Przéglad Dentystyczny* (Revue dentaire de la Pologne), qui paraîtra tous les mois à Varsovie sous la direction du docteur B. Dzierzawski.

Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère et faisons des vœux pour qu'il ait succès et longue vie.

E. B.

Une nouvelle industrie.

Les vieilles fausses dents sont, en vérité, encombrantes, car elles ne peuvent servir ni à leur ancien propriétaire ni à personne autre. On ne peut pas les donner, et on hésite à les jeter, vu qu'elles vous ont coûté fort cher. A cette difficulté, une maison anglaise a

trouvé une solution : vous n'avez qu'à expédier par la poste ces intimes, déjà mises à l'écart, à MM. R.-D. et J.-B. Fraser, 5, rue Jehan-Véron, à Dieppe ; ils vous remettront, soit un chèque du montant le plus élevé que l'on pourra donner ou l'estimation, et, si le prix offert ne vous convient pas, les objets vous seront retournés. Pourquoi conserver de telles choses, quand vous pouvez en faire de l'argent si facilement ?

(*Le Journal.*)

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS

? N° 50. — *Le protoxyde d'azote liquéfié, contenu dans une bouteille en acier déjà entamée, s'altère-t-il ? En cas affirmatif, au bout de quel laps de temps ?* Dr A. R.

? N° 51. — *Quel est le fabricant de l'angle universel pour machine à fraiser ?* Dr G.

? N° 52. — *Désirant avoir une bibliothèque de tous les ouvrages publiés sur l'art dentaire, je vous prie de me donner quelques renseignements.* *F. C.*

? N° 53. — *Pourquoi n'a-t-on pas encore fait connaître la ville choisie pour le prochain Congrès national ?* *N.*

RÉPONSES

N° 52. — *Les ouvrages traitant d'art dentaire sont extrêmement* nombreux, et un numéro entier de l'*Odontologie* ne suffirait pas à les énumérer tous. Il a été publié en 1889, à la librairie Félix Alcan, par le Dr David, une *Bibliographie française de l'art dentaire.* Ce volume, de 387 pages, présente bien des lacunes, et il faudrait y ajouter tout ce qui a paru depuis.

E. P.

N° 53. — Voir notre *Dernière heure.*

DERNIÈRE HEURE

Le IVe Congrès dentaire national de 1898, a Lyon.

Les membres de la Société des dentistes du Sud-Est et de la région ont décidé, dans leur dernière réunion, de se charger de l'organisation du IVe Congrès dentaire national, à Lyon, au mois d'août prochain, à la suite de l'invitation que M. le Dr Queudot, président du Comité central du Congrès, était venu leur adresser au nom de ce Comité.

Le Congrès promet d'être très brillant.

Nous publierons dans notre prochain numéro la circulaire qui sera envoyée à ce sujet par le Comité central, aux membres de la profession.

18e ANNÉE. N° 4. 28 FÉVRIER 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 44 pages, 2 figures dans le texte, et donne en supplément 2 planches tirées hors texte.

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

DES APPLICATIONS DE LA RADIOGRAPHIE ET DE LA RADIOSCOPIE EN ART DENTAIRE

Par MM. GODON et CONTREMOULINS.

(*Communication au Congrès dentaire de Paris*).

Depuis l'importante découverte du professeur Rœntgen, les services rendus par la radiographie deviennent chaque jour de plus en plus importants.

Sans vouloir entrer dans le détail des nombreuses applications des rayons Rœntgen dans l'industrie et la science, qu'il nous soit permis d'en citer rapidement les applications médicales et chirurgicales.

L'anatomie a mis ces rayons à contribution pour augmenter ses moyens d'investigation : là où la dissection est insuffisante, la radiographie survient, et décèle au sein des tissus les ramifications vasculaires (Rémy et Contremoulins), les anastomoses des filets nerveux, permet l'étude des muscles, tendons, ligaments, tranchant ainsi des questions controversées, rectifiant des déductions erronées.

En physiologie on a employé les rayons X pour étudier l'état du développement des diverses parties du squelette (Rémy et Contremoulins).

Mais c'est surtout la pathologie, et principalement la pathologie chirurgicale, qui a le plus bénéficié de l'emploi de la radiographie.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la recherche des corps étrangers, de l'examen des fractures et des affections du squelette, de l'étude des tumeurs au moyen des rayons Rœntgen. Ces derniers jours encore MM. Rémy et Contremoulins présentaient au congrès de chirurgie un appareil destiné à rechercher les projectiles dans le crâne, appareil qui permet de trouver mathématiquement le corps étranger et de tomber sans erreur possible sur lui.

La pathologie interne n'a jusqu'ici tiré de l'application de la méthode radiographique que des résultats incertains; citons toutefois les travaux de M. Bouchard sur l'emploi des rayons X pour diagnostiquer le siège des cavernes du poumon tuberculeux et les affections thoraciques; le diagnostic radiographique de l'anévrisme de l'aorte, des rétrécissements de l'intestin.

Enfin, on a même expérimenté, sans succès, il est vrai, la méthode Rœntgen comme moyen thérapeutique dans le traitement de la tuberculose; pour pratiquer l'épilation, mais souvent au prix de brûlures profondes et très longues à guérir.

L'art dentaire ne pouvait rester indifférent devant les avantages de la nouvelle méthode, d'autant plus que les cas sont nombreux où le diagnostic est incertain, où il est utile, pour établir le traitement, de pouvoir reconnaître l'état des dents dans leurs alvéoles et les désordres de ces mêmes alvéoles, des sinus maxillaires, etc.

L'anatomie dentaire a déjà employé les rayons X pour l'étude des deux dentitions successives de l'homme (fig. 1), pour examiner les rapports des racines des dents avec leurs alvéoles, l'état de soudure des diverses pièces osseuses de la mâchoire inférieure. L'un de nous, M. Contremoulins, va vous faire voir quelques photographies de pièces sèches, préparations qu'il a faites dans le laboratoire de M. Rémy, à la Faculté de médecine.

Nous avons essayé d'appliquer la méthode Rœntgen à différents cas pathologiques, espérant en tirer un enseignement utile, et ce sont ces observations que nous vous présentons, en signalant les quelques difficultés que nous avons rencontrées. En réalité, la communication que nous avons l'honneur de vous faire contient plus de tâtonnements — qui, naturellement, marquent tout début dans cette voie nouvelle — que de résultats définitifs ; mais ces tâtonnements mêmes serviront à ceux qui voudront utiliser ce nouveau procédé de diagnostic ; c'est pourquoi nous n'hésitons pas à vous les communiquer.

M. Contremoulins vous exposera d'abord la technique de la radiographie ; M. Godon exposera ensuite quelques cas d'application. Nous terminerons la communication par les conclusions qui paraissent pouvoir être déduites de nos essais.

*
* *

Pour beaucoup d'entre vous il serait superflu, et pour les autres

oiseux, d'entrer dans le détail de l'historique et de la théorie des rayons X.

Je vous demanderai donc, pour employer plus pratiquement notre temps, très limité, de passer ces deux questions sous silence, en renvoyant seulement ceux qui désireraient les étudier, pour la théorie au magistral traité publié par M. Ch.-Ed. Guillaume, et pour l'historique à l'article que ce même auteur a fait paraître à la fin de l'année dernière dans le n° 6 de la *Revue générale internationale*.

L'installation nécessaire pour la radiographie, en tant que matériel, a été décrite dans une foule de manuels spéciaux. Elle se compose d'accumulateurs électriques, d'une bobine de Ruhmkorff et de tubes de Crookes. Ces derniers nous occuperont seuls utilement ici, car il suffit que la bobine soit capable de fournir des étincelles de 15 à 25 cent.; sur cet appareil nous n'aurions rien de très particulier à faire connaître.

Pour les tubes, au contraire, c'est le résultat d'observations personnelles et d'une longue pratique qu'il nous est possible de vous communiquer, et c'est avec un réel plaisir que nous allons le faire.

Les conditions mêmes du problème à résoudre écartent toutes les ampoules de fabrication étrangère, non parce qu'elles sont étrangères, mais parce qu'elles ne conviendraient pas. En effet, les tubes à foyer fin, qui donneraient des images assez nettes, entraîneraient des durées de poses trop longues et dangereuses pour les sujets. Et d'autre part, ceux qui sont à large foyer, qui permettraient une opération prompte, ne donneraient plus de clichés assez fins pour les observations nécessaires.

Il faut donc, dans le cas spécial qui nous intéresse, une ampoule réunissant la finesse du foyer à la puissance d'émission des rayons. Le modèle Colardeau-Chabaud est le seul jusqu'ici remplissant bien ces deux conditions ; nous n'en examinerons donc pas d'autres.

Signalons tout d'abord qu'il passe avec l'usage par quatre états différents, importants à connaître.

1er *état des tubes.*

Ce tube, tel qu'il sort des mains du fabricant, renferme un certain excès de gaz et se trouve *mou*, suivant le terme consacré ; par ce qualificatif un peu singulier on exprime que l'étincelle le traverse avec une grande facilité. Examinons-le : il est bleuté, dans l'espace qui sépare la cathode de l'anode. Un faisceau conique court, d'un beau violet-bleu, qui part de la cathode pour aller vers l'anode (anticathode), le sommet tourné vers ce dernier point, occupe le premier quart de l'espace compris entre les deux électrodes.

Au delà de ce premier quart, il s'inverse et, très atténué comme éclat, va, en cône allongé, frapper l'anode ; mais, en outre, passant en partie sur les côtés de cette électrode, il va de plus former en arrière d'elle des foyers parasites d'un vif éclat dont nous parlerons tout à l'heure. Dans le tube, les parties avoisinant le faisceau cathodique, entre la cathode et l'anode, restent peu fluorescentes.

A ce premier état la fluorescence la plus vive est dans la portion du tube postérieure à l'anode. Elle est due aux rayons qui, passant comme nous venons de le dire à côté de l'anode, vont frapper les parois de l'ampoule en arrière de cette électrode.

Cette fluorescence est d'ailleurs irrégulière, elle affecte des aspects divers, variant avec la proportion du gaz contenu dans l'ampoule.

En général on constate que trois mèches vertes partent du voisinage de l'anode pour aller se terminer en forme lancéolée vers le milieu de la partie postérieure du tube.

Dans les états successifs de l'ampoule, nous verrons ces mèches s'éloigner progressivement de l'anode, en diminuant d'importance et en changeant légèrement de couleur et d'éclat. Elles sont la marque et la conséquence des foyers parasites que nous signalions plus haut.

Dans le premier état l'image d'un objet interposé entre le tube et l'écran est à peine silhouette sur ce dernier, l'ampoule commence à donner un résultat photographique, mais avec une longue pose et à condition d'agir sur un corps de très faible épaisseur (une main).

2e état.

Par suite de l'usage, le tube a perdu une partie de son gaz ; il est devenu un peu plus dur (résistant) ; l'étincelle le traverse moins facilement.

La fluorescence a augmenté d'une façon générale ; la verrue est très brillante, d'un vert-citron éclatant. La partie comprise entre la cathode et l'anode est verdâtre, d'un vert plus sombre ; le faisceau cathodique est plus resserré, filiforme sur un tiers de son parcours et plus brillant aux deux extrémités de son étendue filiforme. Les mèches postérieures ont légèrement progressé vers l'extrémité du tube, en perdant un peu de leur éclat. Elles sont d'un vert moins jaune.

Dans cet état seulement on remarque de temps à autre des mèches partant de l'étranglement antérieur du tube, au niveau de la cathode, et se prolongeant en forme lancéolée vers l'anode sur un espace d'un centimètre à un centimètre et demi.

Leur point d'émission est tout autour du tube ; il varie d'une émission de mèche à une autre très irrégulièrement (ces mèches disparaissent vers le milieu du deuxième état).

C'est alors que l'ampoule donne les meilleurs résultats photographiques.

Les chairs sont complètement traversées ; les os, au contraire, se silhouettent en vapeurs intenses sur les épreuves positives ; leur structure s'accuse merveilleusement.

A l'écran, l'image n'est pas sensiblement meilleure que dans le premier état : l'écran est seulement un peu plus lumineux. C'est à peine si l'on peut distinguer les os d'une main interposée.

Quant à la durée nécessaire pour la pose photographique, elle est encore très grande, mais en revanche le résultat est fort beau.

3e *état.*

Le vide a augmenté. Le tube perd un peu de son éclat entre la cathode et l'anode (du moins pour la plupart des ampoules, car ces caractéristiques ne sont pas absolues). Au contraire, l'éclat augmente dans la partie postérieure du tube. Les mèches parasites progressent encore vers l'extrémité de l'ampoule ; le faisceau cathodique devenu filiforme dans toute son étendue, sauf à ses deux extrémités, n'est presque plus visible.

A ce moment on obtient d'excellentes images à l'écran. Les chairs sont bien traversées, les os se traduisent en ombres plus foncées, mais sans excès, de telle sorte que deux os superposés sont aisément discernables.

Pour la plupart des parties épaisses, ce troisième état est le meilleur, mais les images obtenues manquent de relief. Ce sont des images *grises*, comme on dit en langage photographique.

On ne choisira donc pas cette phase pour obtenir de beaux résultats, quand on pourra faire poser le sujet assez longtemps ; mais on la choisira, au contraire, quand il y aura lieu de traverser rapidement la partie à reproduire.

4e *état.*

Le quatrième état ne se distingue du précédent que par une différence fort peu marquée pour l'œil. L'éclat du tube a encore diminué, mais très légèrement cette fois, et il faut une grande habitude pour apprécier cette diminution.

Les mèches des foyers parasites se sont rapprochées de l'extrémité positive du tube, mais d'une quantité très faible.

Seules, les étincelles qui jaillissent de l'extrémité extérieure de l'électrode négative, pour aller se condenser au niveau de la paroi positive du tube, sont la caractéristique bien évidente de cet état.

Ces étincelles sont souvent dangereuses pour l'ampoule, car elles peuvent crever sa paroi et la détruire par conséquent. Pourtant, quand l'instantanéité sera nécessaire, c'est à cet état qu'il faudra recourir, même au risque de la détériorer irrémédiablement.

Les clichés obtenus de cette façon peuvent encore fournir des renseignements utiles, mais ils manquent absolument de contrastes ; ils ont l'aspect presque uniformément gris des clichés photographiques ordinaires trop posés.

*
* *

Dans les tubes simples, c'est-à-dire dans ceux qui ne se composent que de deux électrodes (cathode et anode), le seul moyen de changer l'état de vide du tube est, quand il est devenu dur, de le

chauffer à la flamme d'un bec de Bunsen ou de le laisser pendant une heure environ dans une étuve à air chaud, portée à une température de 200° environ.

L'opération au chalumeau a l'avantage d'être plus prompte, et, quand on en a bien l'habitude, de permettre un chauffage plus précis sur les points où il convient qu'il soit exercé, c'est-à-dire là où l'absorption du gaz s'est davantage effectuée, comme nous l'expliquerons tout à l'heure.

Les parois du verre qui avaient absorbé une partie du gaz contenu dans l'ampoule rendent ce gaz sous l'action de la chaleur, et, le tube, dès qu'il s'est refroidi, se trouve de nouveau propre à fournir encore des résultats photographiques pendant un temps plus ou moins long. Plus tard, quand le tube a servi assez longtemps, on constate qu'il s'est recouvert intérieurement, au voisinage de l'anode, d'un dépôt noirâtre proportionnel à son temps d'usage et à l'échauffement de l'anode pendant son emploi.

Ce dépôt est dû à la volatilisation du platine de l'anode. Il se produit sous l'action de la décharge cathodique une telle élévation de température que le platine de l'anode est porté au rouge-blanc.

Si l'on ne réglait pas le passage du courant, soit en diminuant le *voltage* dans le primaire de la bobine, soit en faisant des intermittences de passage du courant dans le tube, on fondrait cette électrode et le tube serait mis hors d'usage. C'est pendant cette élévation de température de l'anode que le platine qui la compose dégage du *noir de platine*, et ce noir va se déposer sur les parois du verre les plus rapprochées de l'anode.

Or, ce noir absorbe très facilement et très rapidement le gaz contenu dans le tube; c'est alors qu'on voit apparaître le quatrième état, décrit plus haut.

Dans certaines ampoules, comme l'ampoule Colardeau, le noir de platine se dégage avec une telle abondance que les gaz sont presque complètement absorbés en un moment et que l'étincelle refuse de passer par le tube. Elle jaillit au dehors, léchant les parois extérieures de l'ampoule d'un électrode à l'autre, et le tube risque d'être crevé à chaque étincelle.

En outre, si, par chance, il n'est pas détruit, il est presque impossible de lui faire rendre par le chauffage assez de gaz pour lui permettre de fonctionner ensuite, même un moment.

Avec n'importe quel type d'ampoule, en résumé, il est important de veiller à ce que l'anode ne dépasse jamais le rouge-cerise pour passer au rouge-blanc, parce qu'il se dégagerait alors trop de noir de platine, et que le tube même, s'il n'était pas détruit d'un seul coup, deviendrait rapidement impropre à tout service.

Il en est de même pour tous les types d'électrodes, quel que soit le métal dont elles sont composées, car les mêmes effets se produisent plus ou moins avec tous les métaux.

On voit par ce que nous venons de dire que, pour amener un tube du premier au quatrième état, il faut qu'il marche pendant un nombre d'heures assez considérable (un tube bien conduit peut

fournir jusqu'à trois cent cinquante heures de travail pour arriver à ce quatrième état). Pour des opérations exigeant des états de vide différents, il faut donc avoir un jeu de tubes plus ou moins neufs et plus ou moins vieux.

On peut cependant amener très rapidement un tube neuf au quatrième état en *renversant le courant* ; mais alors la formation du noir de platine est à la fois soudaine et considérable ; c'est à cause de cette brusque formation que le tube devient *immédiatement dur*, puisque les gaz sont absorbés par ce produit ; mais il en résulte aussi, par conséquent, que l'ampoule est en quelque sorte usée. On ne pratiquera donc ce durcissement précipité que dans des cas de nécessité absolue.

M. Chabaud, dès le début, ayant reconnu l'utilité de pouvoir *durcir* un tube à volonté, avait eu l'ingénieuse idée d'ajouter une troisième électrode à son ampoule.

Cette électrode se compose d'une petite lame de palladium, préalablement purgée de ses gaz.

Sous l'action du courant, cette électrode étant prise comme pôle positif, sa lame absorbe une certaine quantité de gaz, ce qui permet de faire passer assez rapidement un tube au premier et au troisième état.

En chauffant le tube plus particulièrement dans la région de la lame de palladium, on fait rendre à cette lame le gaz qu'elle a absorbé, et le tube est ramené ainsi au premier état.

Au commencement de cette année, M. Villard a complètement résolu le problème en substituant à l'électrode de palladium de M. Chabaud une électrode de forme spéciale en magnésium. Ce nouvel organe, qu'il a nommé *électrode compensatrice*, jouit à la fois des deux propriétés tant désirées des praticiens : celle de dégager ou d'absorber les gaz du tube.

Si le tube est trop dur, on met le négatif à l'électrode de magnésium et l'on y fait passer un *courant faible* à *rapide fréquence*. On voit alors le gaz se dégager peu à peu dans l'ampoule, qui devient d'un bleu sale dans toute son étendue, sauf dans le tube contenant l'électrode de magnésium, car ce dernier est au contraire illuminé d'une belle fluorescence verte d'une grande pureté. Cette même fluorescence se retrouve sur la paroi de l'ampoule faisant face à l'axe du tube contenant l'électrode.

Entre les quatre feuilles de magnésium qui constituent l'électrode, quand les gaz se dégagent, on observe une légère teinte rouge-brique très brillante, indice qu'il importe d'observer avec soin, car il marque que les gaz se dégagent alors avec abondance. Jusqu'à l'apparition de cette teinte caractéristique entre les feuillets, le dégagement des gaz a été en effet très faible et presque négligeable ; mais, dès qu'elle devient visible, et c'est presque tout d'un coup, la production gazeuse est si grande qu'il faut veiller à cette apparition pour arrêter le courant, afin de n'avoir point un excès de gaz qu'on mettrait ensuite beaucoup de temps à réduire.

Pour absorber au contraire les gaz, l'opération est plus délicate. Renversant la direction précédente du courant, il faut intercaler une étincelle entre le fil conducteur (positif) et l'électrode de magnésium. Il convient que l'étincelle soit assez longue, et, pour l'obtenir, on emploiera un interrupteur à mercure plutôt qu'un trembleur à platine.

L'absorption se fait en général assez vite et très régulièrement ; pour la suivre on est guidé du reste par l'aspect du tube, qui est l'aspect normal, la cathode restant dans ce cas cathode.

Enfin très récemment MM. Villard et Chabaud ont changé la forme et le métal de *l'électrode compensatrice*, qui présentait encore certains inconvénients, et l'ont remplacé par un gros fil d'aluminium enroulé en forme de vrille (spirale conique), qui produit le même résultat et qu'on traite de la même manière, mais avec plus de sécurité.

Cette dernière électrode n'a pas seulement l'avantage de permettre la rapide modification de l'état des tubes ; elle a encore le très grand mérite de leur donner huit ou dix fois plus de durée, ce qui n'est pas une quantité négligeable.

Il ne nous reste plus qu'à vous décrire à présent les deux petits appareils qui nous ont déjà servi fréquemment, l'un pour la photographie, l'autre pour la radiographie.

Pour photographier une partie du maxillaire, nous prenons une empreinte de *godiva* de la portion intéressante et des parties voisines, en ayant soin de faire sauter le bord extérieur du porte-empreinte de telle sorte que les rayons X puissent passer par la partie à reproduire sans être arrêtés par le métal de ce porte-empreinte.

Sur la face interne du moule nous creusons au canif une logette permettant de fixer dans le godiva un petit étui en *papier-aiguille*, préalablement paraffiné dans la paraffine bouillante; cet étui contient une pellicule Eastman de grandeur convenable, que nous mettons double en repliant les surfaces sensibles sur elles-mêmes, de telle sorte que l'humidité de la bouche, dans le cas où l'enveloppe de papier-aiguille paraffiné ne serait pas assez étanche, ne vienne pas altérer cette pellicule.

On fixe alors ce petit étui dans la logette pratiquée dans le godiva, en chauffant avec une lame le bord de l'étui et du moule dont la paraffine et le godiva se soudent suffisamment pour garantir une parfaite immobilité de la pellicule.

L'appareil placé dans la bouche du sujet, nous orientons l'ampoule de façon à ce que la portion du maxillaire intéressante se reproduise complètement sur la pellicule, et 4 à 5 minutes de pose suffisent largement pour obtenir un bon résultat. Inutile de dire que la tête doit être immobilisée pendant l'opération.

Nous avons créé en outre, avec M. le professeur Ch. Rémy, une série d'appareils d'exploration dont le principe est le même et qui se retrouve dans le *fluoroscope buccal.*

Ce dernier se compose de deux tuyaux rentrant l'un dans l'autre à frottement doux avec un tirage suffisant pour les différentes vues.



PLANCHE VI.

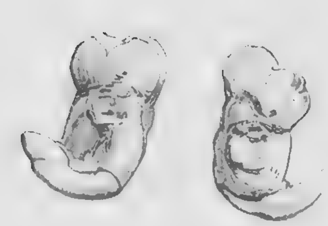


Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 1. — Maxillaire inférieur d'enfant.

A l'une des extrémités se trouve un oculaire emboîtant le bord extérieur de l'orbite, de façon à empêcher la lumière extérieure de pénétrer dans l'appareil.

A l'autre extrémité, en forme de biseau, un écran reçoit l'image et la transmet à un petit miroir incliné à 45° par rapport à l'axe de l'appareil (partie en biseau du tuyau). Grâce à la forme de son extrémité, ce dispositif pénètre sans difficulté jusqu'aux parties les plus profondes de la bouche et, quand il est en place, il n'y a plus qu'à orienter l'ampoule de façon à ce que les rayons X tombent normalement à la surface de l'écran.

C'est avec le précieux concours de M. Godon que nous avons pu réaliser toutes ces recherches et nous sommes heureux de profiter de cette occasion pour l'en remercier publiquement.

*
* *

Observation I. — *Expérience personnelle.*

J'avais constaté souvent l'absence de ma canine supérieure droite, et un léger gonflement dans le palais, accompagné d'une sensation de mobilité lorsque je comprimais cette partie gonflée entre le pouce et l'index, m'avait fait supposer souvent que la canine devait être logée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur dans une position anormale, empêchant l'éruption régulière. C'était l'occasion de se rendre compte ; nous fîmes ainsi la première expérience de radiographie sur moi-même à l'aide du petit appareil que je vous présente, et elle réussit parfaitement, comme vous le voyez, par le cliché négatif que je vous fais voir.

J'étais ainsi fixé, sans attendre mon autopsie, sur la position de ma canine (fig. 2).

Observation II.

En février 1897, Mlle X..., âgée de 26 ans, vient me trouver pour des accidents inflammatoires assez intenses produits par ses quatre dents de sagesse, particulièrement par ses deux dents inférieures.

La face interne de la joue, les gencives étaient rouges, enflammées, boursouflées, douloureuses. La couronne des deux dents de sagesse inférieures émergeait à peine de la gencive ; quant à celle des deux supérieures, elle se trouvait portée très en dehors de l'arcade, la face triturante faisant face à la joue.

Tous les mois, à l'époque menstruelle, se produisait une poussée inflammatoire, soit d'un, soit le plus souvent des deux côtés, provoquant pendant plusieurs jours de vives douleurs, de la fièvre et des symptômes généraux assez intenses pour obliger la patiente à garder la chambre et même le lit. Aussi, lorsqu'elle vint me voir, était-elle décidée à se faire extraire les quatre dents de sagesse.

Dès les deux premières séances, je pratiquai, avec le davier, l'extraction des dents supérieures, après anesthésie à la cocaïne, opération beaucoup plus facile que l'extraction des dents inférieures ; ces avulsions étaient indiquées par l'état de la muqueuse de la joue, que la patiente mordait constamment pendant les mouvements de mastication. J'espérais amener ainsi une certaine décongestion de la muqueuse avoisinant les dents inférieures et faciliter leur exploration et l'extraction.

Une semaine après je pratiquai l'extraction de la molaire de sagesse

du côté droit avec la langue de carpe, après anesthésie à la cocaïne. Cette opération fut beaucoup plus laborieuse que les deux premières. Il fut très difficile d'introduire la langue de carpe entre la couronne de la dent de sagesse et celle de la deuxième molaire.

Il fallut des tentatives répétées, comme l'indiquent les traces laissées sur la couronne de la dent. Je réussis enfin à la luxer, c'est-à-dire que la couronne de la dent sembla sortir dans l'alvéole et, par un mouvement de demi-rotation, fut se loger dans la branche montante de la face triturante portée du côté de cette branche montante. Il fut ensuite extrêmement difficile de la déloger de cette nouvelle position. J'y réussis enfin après plusieurs tentatives en la prenant avec le davier. J'eus l'explication de cette difficulté imprévue lorsque je vis la racine qui affectait une forme tout à fait particulière, comme vous pouvez le voir : dans son tiers inférieur la racine se courbe à angle droit, l'extrémité étant dirigée vers l'angle de la mâchoire (fig. 3).

L'opération avait été si pénible et pour la patiente et pour l'opérateur que nous étions peu disposés, l'un et l'autre, à la recommencer de l'autre côté, sans nous être assurés au moins que nous n'avions pas affaire à la même forme d'anomalie, afin, dans ce cas, de recourir à une anesthésie générale.

C'est ainsi que nous vint l'idée de l'examen radiographique, auquel la malade se déclara de fort bonne grâce disposée à se prêter. Ce fut notre première expérience (avril 1897).

Nous construisîmes le petit appareil que nous vous présentons, composé de deux porte-empreintes et d'une pince à leur extrémité pour fixer le tube. Nous y plaçâmes des empreintes en godiva et la pellicule, comme nous l'avons indiqué plus haut, et tentâmes l'expérience.

Malheureusement il fallait placer une empreinte au godiva allant au loin et assez profondément dans la mâchoire inférieure pour embrasser toute la dent de sagesse, couronne et racine; la pellicule ne put être supportée à cette place, la malade eut des nausées, nous n'avions pas de cocaïne sous la main et nous ne pûmes obtenir à cette 2e expérience que la couronne de la dent, ce qui était insuffisant.

Ajoutons, pour terminer l'histoire de notre malade, que les phénomènes s'amendèrent de telle façon, à la suite des trois opérations précédentes, que nous jugeâmes la 4e extraction inutile, du moins pour le moment.

Observation III.

Mlle Z..., 12 ans, dont les canines permanentes évoluaient d'une manière anormale, en dehors de l'arcade.

Il était indiqué d'enlever le plus tôt possible la 1re prémolaire permanente ; mais la 2e molaire temporaire existant encore, il fallait s'assurer au préalable que la 2e prémolaire était dans l'alvéole.

La radiographie pouvait nous être là d'un utile secours.

Nous commençâmes la pose ; malheureusement un accident arrivé au tube nous empêcha encore ce jour-là d'obtenir un résultat satisfaisant.

Observation IV.

M. P... souffrait d'un abcès à la mâchoire inférieure ; une molaire manquait, ayant été extraite il y a quelques années.

La suppuration pouvait être causée par un débris de racine inclus sous la gencive.

L'examen radiographique nous permit de reconnaître qu'il n'y avait rien sous la gencive ni dans l'alvéole.

Observation V.

Mlle X..., 20 ans, présentait à la mâchoire supérieure des fluxions constantes, non suivies d'abcès et dont il était difficile d'établir la cause d'une manière précise. Je l'envoyai au laboratoire de M. Rémy, pour y subir l'examen radiographique.

Par suite des troubles dans le fonctionnement des tubes, la patiente dut être exposée deux fois à l'action des rayons X (5 minutes chaque pose), sans que les épreuves ainsi obtenues fussent bien concluantes.

Une semaine après l'opération, la jeune fille vint nous dire qu'elle avait eu la joue rouge et sensible pendant quelques jours. Puis, au bout d'un mois environ, du côté exposé à l'action des rayons Rœntgen, ses cheveux tombèrent, laissant une place blanche de la largeur d'une pièce de 5 francs environ. Nous fûmes très contrarié de cet accident et nous consultâmes le professeur Rémy à ce sujet. « S'il n'y a pas eu suppuration, nous dit-il, les cheveux repousseront. » En effet, environ trois mois après, les cheveux commençaient à repousser.

Il ne faudrait pas conclure des divers incidents et des quelques insuccès qui ont marqué nos débuts dans l'application de la radiographie à l'art dentaire qu'il y a lieu d'abandonner ce procédé de diagnostic. Ce sont les tâtonnements obligatoires d'une méthode nouvelle, et les perfectionnements que M. Contremoulins a apporté aux tubes et aux modes de procéder, en ce qui concerne la technique radiographique elle-même, et ceux que nous avons apportés nous-même, grâce à notre courte expérience, à son mode d'application, nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

La radiographie et surtout la radioscopie peuvent être utilisées en art dentaire :

a) Pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie dentaires, notamment pendant la période de dentition ;

b) Comme moyen d'examen et de diagnostic des différentes affections dentaires :

1° Dans le cas de chute tardive des dents temporaires, pour savoir, avant de les extraire, si les dents de remplacement se trouvent dans leurs alvéoles ; quelle est leur position ; si elles ont des chances d'évoluer ;

2° Dans le traitement des anomalies de direction, pour examiner la forme et la direction des racines, les obstacles à combattre pour ramener les dents dans leur position normale, avant de pratiquer la rotation brusque, par exemple ;

3° Dans le traitement des dents cariées avec périostite chronique, pour connaître l'état des racines, du périoste, diagnostiquer un kyste radiculaire, une exostose, etc. ;

4° Avant d'exécuter une extraction que l'on suppose devoir être difficile, pour renseigner sur les anomalies ou les tumeurs radiculaires ;

5° Dans les différents cas de fracture des maxillaires, pour reconnaître la direction du ou des traits de fracture quand le siège ou la présence d'un projectile ou de corps étrangers dans la face pourra être déterminé mathématiquement, grâce à l'appareil que MM. Rémy et Contremoulins viennent de présenter au Congrès de Chirurgie ;

6° Enfin dans l'examen du sinus maxillaire, pour déterminer ses rapports avec les racines des molaires correspondantes, et pour le diagnostic de l'abcès du sinus dans les cas douteux.

Dans beaucoup de cas l'examen radioscopique remplacerait avantageusement l'examen radiographique ; il donne des résultats

beaucoup plus rapides et simplifie beaucoup le mode d'opérer. L'exposition étant moins longue, des accidents dans le genre de celui que nous rapportons dans notre V[e] observation ne seraient plus à craindre. Nous préconisons donc l'emploi de la radioscopie, de préférence à la radiographie, en art dentaire.

APPLICATIONS DE LA RADIOGRAPHIE A L'ART DENTAIRE

Par M. Louis Richard-Chauvin,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
et
M. le Docteur Félix Allard,
Licencié ès sciences physiques, médecin-électricien.

(Communication au Congrès dentaire de Paris).

Les premières radiographies de maxillaires ont été obtenues de profil, la plaque sensible étant placée d'un côté de la face et le tube de Crookes du côté opposé ; mais les rayons doivent, dans ces conditions, traverser deux fois l'épaisseur du maxillaire, et les ombres des deux moitiés de l'os se superposant nuisent à la netteté.

Nous inspirant de la méthode indiquée par M. Combes [1], nous avons voulu remplacer la plaque photographique par une pellicule sensible, introduite dans la cavité buccale ; de cette façon les rayons X ne traversent qu'une épaisseur du maxillaire et l'image devient très nette.

Voici d'ailleurs en détail la technique opératoire qui nous a le mieux réussi :

On découpe à la lumière rouge du laboratoire des rectangles de pellicule sensible ayant à peu près 6 cm. de longueur sur 4 ou 5 cm. de largeur, on les enveloppe de papier noir opaque, puis on les enferme dans une pochette de même dimension en toile caoutchoutée souple, préparée à l'avance; la pochette fermée avec soin avec une dissolution de caoutchouc, la pellicule est à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Elle est introduite dans la cavité buccale du patient, appliquée sur la voûte palatine par un palais artificiel, exactement modelé d'avance sur la bouche du sujet, et maintenue en place par le rapprochement des dents du maxillaire inférieur. L'enveloppe de caoutchouc doit passer entre les dents et dépasser de quelques millimètres leur bord libre.

Nous nous sommes inspirés, avons-nous dit, de la méthode de M. Combes, mais en la simplifiant beaucoup en ce qui concerne l'adaptation du palais artificiel.

Au lieu d'une plaque de caoutchouc servant à maintenir le sac

---

1. Communication à l'Académie de Médecine, 1[er] juin 1897.

caoutchouté, nous modelons *in situ* une bande de godiva ramolli, d'une forte épaisseur, le sac étant placé dans la position qu'il doit garder.

La pâte déborde la face triturante des dents de manière à ce que tout l'appareil soit maintenu par la simple pression des dents inférieures.

Nous avons essayé d'obtenir une image de la partie antérieure du maxillaire inférieur. Nous n'avons pas connaissance qu'une tentative analogue ait été faite, sans doute en raison de la difficulté que l'on éprouve à placer une pellicule sensible dans de bonnes conditions.

Nous y sommes parvenus en découpant exactement, sur un moule pris à l'avance, la pellicule et le sac d'enveloppe à la largeur convenable, suivant la courbure de la mâchoire. Le procédé pour maintenir le tout en place est le même que celui que nous avons employé pour le maxillaire supérieur. Il est d'une grande simplicité et a le grand avantage d'éviter les moulages, le bourrage et la vulcanisation.

Les choses ainsi disposées, le sujet est assis, la tête appuyée et maintenue immobile. Il est bon de se servir de l'appui-tête des photographes, afin d'éviter tout mouvement de rotation pendant la pose.

Le tube de Crookes est placé à 40 ou 50 cm. du visage dans une position telle que la direction des rayons X soit perpendiculaire à la surface à traverser.

Une pose de 8 à 10 minutes suffit, avec une bonne ampoule et une pellicule extra-rapide.

Nous passons sous silence le reste de l'opération, qui n'est qu'une simple manipulation photographique.

Donc tout dispositif servant à la radiographie en général peut être utilisé dans ce cas particulier.

Nous fournirons cependant quelques détails sur celui que nous avons utilisé dans le cabinet d'électricité médicale de l'un de nous et qui nous a toujours donné d'excellents résultats.

Le courant primaire est produit dans notre installation par 8 accumulateurs de 6 kilos ; sa force électromotrice est donc d'environ 16 volts et son intensité peut être réglée au moyen d'un rhéostat métallique.

La bobine que nous employons est une bobine de Gaiffe, que nous avons associée à l'interrupteur rotatif à mercure de Ducretet et Lejeune. Elle donne dans ces conditions de 25 à 30 cm. d'étincelle. Le moteur de l'interrupteur est actionné par 4 accumulateurs de 3 kilos, dont le courant est réglé par un autre rhéostat métallique. Il est possible de cette façon de faire varier à volonté la vitesse du moteur et, par suite, le nombre d'interruptions du courant primaire.

Nous avons employé comme tube générateur de rayons X soit l'ampoule bianodique d'un usage courant aujourd'hui, soit le tube focus de Colardeau-Chabaud, grand modèle. Dans le cas particulier qui nous occupe, où les épaisseurs à traverser ne sont pas

grandes, nous donnons volontiers la préférence au tube focus qui assure plus de netteté dans les détails.

Son grand inconvénient est la facilité avec laquelle l'anticathode rougit ; mais, en réglant convenablement le nombre d'interruptions, on peut lancer sans danger des étincelles de 25 à 30 cm.

Voici d'ailleurs les épreuves que nous avons obtenues dans ces conditions :

1° Sur un sujet normal, la partie antérieure du maxillaire supérieur (fig. 1).

On y voit nettement les racines des incisives médianes et latérales, on y distingue aussi, mais plus vaguement, les canines dont l'image est déjà déformée à cause de la courbure du maxillaire.

Il est de toute importance de ne pas chercher à obtenir sur une même épreuve l'image d'une région étendue du maxillaire, à la partie antérieure surtout ; il vaut mieux, pour ne pas avoir de déformations, procéder par régions limitées.

Cependant, dans l'épreuve n° 2 que nous vous présentons et qui est prise de trois quarts, on voit nettement toutes les dents d'un côté de la mâchoire : c'est que dans cette région la courbure du maxillaire est moins accentuée, et, par suite, la déformation de l'ombre portée moins grande (fig. 2) ;

2° L'image obtenue sur un sujet de 22 ans est curieuse en ce qu'elle montre, incluses dans le maxillaire supérieur, les incisives latérales (fig. 3) ;

3° Voici enfin un cas pathologique qui nous a donné l'idée d'utiliser la radiographie et qui mérite d'être relaté tout au long :

M. le comte de M... nous est adressé au mois de juillet par un de nos confrères, pour le traitement d'une fistule à orifices multiples occasionnée par l'incisive latérale supérieure gauche. Malgré les ouvertures fistuleuses, nous notons que le tissu gingival est notablement épaissi du côté externe. Le pus s'écoule abondamment dans la bouche sous la plus légère pression ; un sondage immédiat nous fait supposer qu'une partie assez importante de l'alvéole est nécrosée et que la nécrose s'étend de l'extérieur à l'intérieur dans toute l'épaisseur de l'os. Nous prévenons notre malade que nous ne croyons pas à l'efficacité d'un traitement antiseptique sur place, si rigoureux soit-il. Néanmoins, sur ses instances, nous nous décidons à en faire l'essai. Après 3 longues séances consacrées à la désinfection de la dent au moyen de mèches chloroformées passées dans le canal, d'insufflation d'air surchauffé, nous renonçons à continuer, l'écoulement purulent restant sensiblement le même.

C'est alors que nous conseillons à notre malade d'utiliser la méthode radiographique, pour déterminer nettement le trajet des fistules.

Nous proposons, aussitôt l'image obtenue, de pratiquer l'extraction de la dent, de trépaner l'alvéole dans le tissu mortifié, d'exciser largement, en respectant sa partie inférieure, et de faire la réimplantation.

Nous avons eu l'occasion de faire, il y a quelques années, avec

PLANCHE VII.



Fig. 1. — Incisives régulières d'un sujet normal.

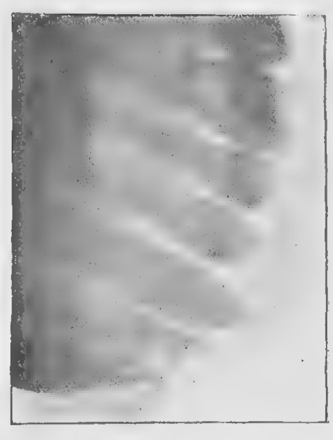


Fig. 2. — Maxillaire supérieur pris de trois-quarts, 1re grosse molaire aurifiée.



Fig. 3. — Partie antérieure du maxillaire supérieur d'un adulte.
Dents incluses dans le maxillaire.

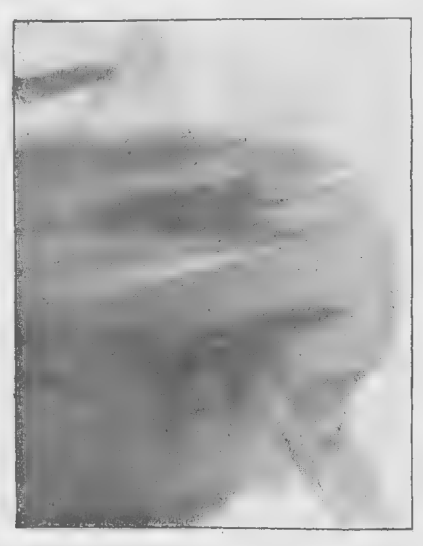


Fig. 4. — Partie antérieure du maxillaire supérieur de M. le comte de M...
Fistule partant de l'incisive latérale droite.

notre élève et ami M. Duvoisin, une réimplantation dans un cas ayant quelque analogie avec celui-ci, au moins en ce qui concerne l'étendue de la perte de substance osseuse, et cette opération a fort bien réussi. Je ne puis malheureusement pas vous donner de détails sur l'opération : mon malade, d'un caractère très défiant, a tergiversé de telle façon que je l'ai prié d'aller s'adresser ailleurs.

Je le regrette pour le cas lui-même, qui était fort intéressant. Nous avons néanmoins le plaisir de pouvoir vous présenter une image très nette de ce cas. La lumière du trajet principal se détache en clair, et deux trajets secondaires qui passent à l'intérieur du maxillaire sont aussi très nettement venus (fig. 4).

L'épreuve indique bien la direction de la fistule et l'étendue de la lésion osseuse ; elle permet de poser nettement les indications opératoires.

Comme on le voit par ces quelques exemples, l'application de ce procédé est appelée à rendre de grands services à l'art dentaire. Il permettra de diagnostiquer dans l'épaisseur du maxillaire les odontomes, les kystes folliculaires, les anomalies de structure ou de direction des dents encore incluses, les tumeurs du périoste ou des racines dentaires, l'état des canaux dentaires, la présence et la situation de pièces métalliques, etc., etc. Cette nouvelle méthode mérite donc d'attirer l'attention des praticiens désireux de suivre les progrès de la science et d'en faire bénéficier leurs malades.

OBSERVATIONS SUR LA CATAPHORÈSE DANS LE TRAITEMENT DES 2e ET 3e DEGRÉS DE LA CARIE

Par M. Rigolet,
Chirurgien-dentiste à Auxerre.

(*Communication au Congrès dentaire de Paris*).

20 mars 1897.

M. L..., sujet nerveux, 22 ans, se présente pour faire soigner une carie du 2e degré au collet et à la face antérieure de la 2e petite molaire supérieure gauche, la première manquant. Etat de la dentition assez mauvais, état général bon, le sujet est assez douillet, et il est impossible de fraiser ni de ruginer la cavité; on croirait à un 3e degré. Après avoir placé la digue, séché la cavité, préparé une solution de chlorhydrate de cocaïne à 0 gr. 03 centigr. dans 6 gouttes d'eau distillée, sans gaïacol (la solution froide produisant toujours de la douleur, je la fais tiédir), je fis passer un courant très faible, puis, jusqu'à un milliampèremètre et demi, pendant 10 minutes ; je pus tout de suite nettoyer complètement la cavité et l'obturer au ciment.

J'ai revu le sujet le 27 septembre dernier, et la dent, qui supporte le crochet d'un appareil, est en très bon état.

25 mars 1897.

Mlle B..., 18 ans, se présente à moi avec une pulpite aiguë, carie

remontant au collet sous la gencive; impossible de placer la digue. Mon but ici n'étant plus que de calmer tout de suite ma patiente, à l'aide de la cataphorèse, employant la solution sus-énoncée j'ai pu faire passer presque immédiatement un courant de 6 et jusqu'à 7 milliampèremètres pendant 8 minutes. J'observai à ce moment une contraction de la lèvre, et, à l'aide d'une rugine, je constatai que lèvre et gencive étaient insensibles, le sujet à aucun moment n'accusant de douleur; je cessai le courant, fis l'application d'un pansement arsenical, et, le lendemain, la malade me revint, n'ayant plus souffert un seul instant, la pulpe détruite au point que j'ai pu l'enlever complètement et obturer la dent le jour même.

Ce succès me donna l'idée, ayant observé l'anesthésie de la gencive, de tenter par ce même procédé l'extraction d'une 1re petite molaire inférieure droite, le 20 avril suivant, opération que je réussis.

4 août 1897.

Mme D..., 33 ans, dentition médiocre, état général bon, se présente pour faire soigner une canine supérieure gauche, pulpite aiguë, carie face postérieure allant profondément sous la gencive; le sujet souffre beaucoup depuis quelques jours, habite loin, a hâte d'en finir et demande un soulagement immédiat, si possible.

Inutile de compter utiliser la digue; je dois me contenter de ce qui m'avait réussi précédemment, c'est-à-dire de mettre un tampon de ouate sous la lèvre pour me protéger de la salive, une boulette de ouate imbibée de la solution énoncée précédemment (que je prépare toujours au moment même), et de faire passer un courant de 6 milliampèremètres pendant 10 minutes; pansement arsenical pur; le lendemain, même heure, le sujet me revint, n'ayant pas souffert un instant. J'ai pu enlever la pulpe et obturer la dent, qui va très bien depuis cette époque.

31 août 1897.

Mlle B..., 22 ans, sujet robuste, dont l'indisposition mensuelle prenait fin ce jour-là, se présente pour le traitement d'une 1re grosse molaire supérieure gauche ayant déjà eu un pansement quinze jours avant. J'ouvre la chambre pulpaire, trouve une grande sensibilité, étant donné la cause d'indisposition sus-relatée, j'y applique un pansement arsenical; le lendemain, à 4 heures, impossible, comme la veille, de pénétrer dans les canaux, tant à cause de la sensibilité que d'une hémorragie pulpaire très abondante; lavages au chlorure de zinc à 2 p. 0/0, rien n'y fit.

Je place la digue et fais passer un courant de cinq minutes à 2 milliampèremètres (même solution). Je lave et sèche, plus d'hémorragie, j'enlève le nerf palatin sans douleur, mais il reste de la sensibilité aux deux externes, je recommence dix minutes le même courant et je puis enlever les débris pulpaires contenus dans les racines externes, je sèche à l'alcool, remplis les canaux de pâte iodoformée, et, le lendemain, comme la malade n'a plus souffert un seul instant, j'obture la dent à l'amalgame. — Dans ce cas j'ai

pu, grâce à ce genre de traitement, terminer les soins sans faire souffrir ma patiente, et lui éviter des frais de voyage et de séjour, plus onéreux que le traitement.

J'ai revu la malade le 16 octobre, la dent va bien.

24 septembre 1897.

M. D..., 32 ans, dentition bonne, état général bon, a souffert d'une rage de dent toute la soirée et la nuit ; le matin, un peu plus calme, il m'arrive à la première heure. Je constate une vaste cavité à la face externe de la 3e grosse molaire supérieure gauche ; impossible de fraiser ni de toucher à la dent et encore moins d'y mettre la digue. Le sujet tient à ne pas faire enlever sa dent ; j'applique, quoique dans les plus mauvaises conditions possibles, un courant de 10 minutes à 4 milliampèremètres (et même solution), puis un pansement avec acide arsénieux.

Deux jours après, le sujet me déclare n'avoir plus souffert un seul instant ; j'ai pu tout de suite enlever une partie de la pulpe et continuer le traitement.

Ayant toujours obtenu un résultat satisfaisant, dans les cas sus-énoncés comme dans ceux que je n'ai pas eu le temps de relever, j'ai cru devoir en donner connaissance à tous les collègues qui cherchent à soulager le plus rapidement possible leurs malades. Or, d'après les démonstrations faites ici l'année dernière, il fallait mettre la digue et tenir ainsi (chose assez désagréable), le sujet 15, 30 et même jusqu'à 40 minutes, suivant la nature et l'âge du malade, pour arriver, il est vrai, à enlever complètement la pulpe, sans toutefois pouvoir obturer tout de suite ; c'était donc une perte de temps assez considérable d'une part, et dans la plupart des cas l'impossibilité d'employer ce procédé, puisqu'on ne pouvait placer la digue.

J'ai cru devoir modifier la formule, en supprimant le gaïacol, à cause du goût désagréable qui se répandrait dans la bouche, surtout dans les cas où il est impossible de se préserver de la salive. Par ce procédé on peut arriver dans tous les cas à anesthésier suffisamment la pulpe pour que le pansement arsenical n'y provoque plus cette congestion intense qui donne une douleur d'autant plus prolongée que la cavité pulpaire est plus ou moins largement ouverte.

Je crois donc, sans avoir rendu le procédé d'une pratique absolument courante, être sur la bonne voie, et j'espère, en continuant avec l'aide et les observations de ceux qui, comme moi, voudront bien travailler cette question, arriver à un résultat à la fois plus complet et plus pratique.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du 1er février 1898.

Présidence de M. PAPOT, président.

La séance est ouverte à 9 h. 3/4.

M. Papot. — Le journal que j'attendais ce matin et qui contient les procès-verbaux de nos dernières réunions n'étant pas arrivé, je vous prie d'ajourner l'adoption de ces procès-verbaux.

L'assemblée, consultée, se prononce pour l'ajournement.

I. — PRÉSENTATION D'UN FLACON COMPTE-GOUTTES A CUPULE, A L'USAGE DES MÉDECINS ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES, PAR M. LÉGER-DOREZ.

M. Léger-Dorez donne lecture de la note suivante sur cette question et présente ses flacons, qu'il offre à l'Ecole. (Des remercîments sont adressés au donateur.)

Un médicament peut-il devenir septique ?

Il peut devenir septique, sans devenir malpropre et perdre de ses qualités antiseptiques à l'évaporation, causes qui peuvent, à

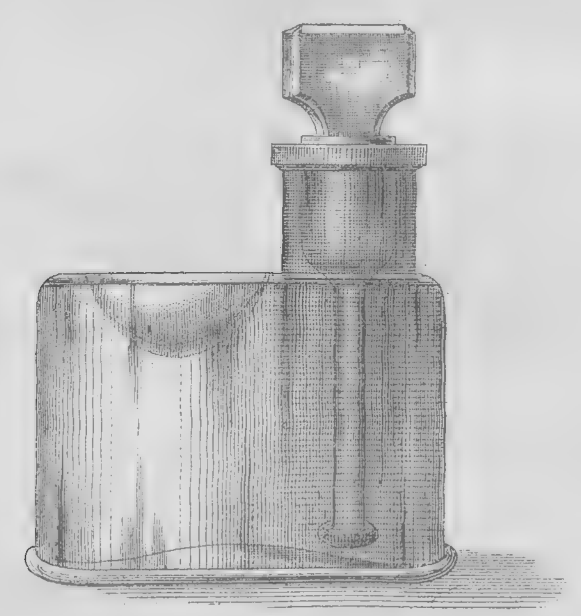


Fig. 6. — Flacon grandeur naturelle.

brève échéance, le rendre absolument impropre au service que l'on attend de lui.

Que faisons-nous, ainsi que les médecins, quand nous avons la moindre plaie à cautériser, le moindre pansement à faire ? Nous mettons une petite quantité d'ouate roulée entre les doigts sur une

tige et nous immergeons le tout dans le liquide; tout rentre dans le flacon s'il est profond, ouate et armature du manche. Répétons plusieurs fois cette petite manœuvre, et à la fin d'une journée, au bout d'une semaine, que restera-t-il dans le flacon? Une mixture qui, même de loin, ne ressemblera en rien au médicament précédemment contenu.

Si nous voulons éviter cet ennui, il nous faut recourir aux petits godets, d'où deux récipients sur notre tablette, déjà si exiguë.

J'ai donc songé à grouper en un petit volume le flacon et le godet et je viens de créer de toutes pièces le *flacon compte-gouttes à cupule*, que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir.

Mon flacon à cupule se compose d'un corps ovale, d'une contenance de 0.35 grammes; le goulot à large ouverture est placé non pas au centre, mais à une des extrémités de l'ovale ; en face et à la base du goulot, est pratiqué un renfoncement ou cupule ovale d'une contenance d'un gramme environ; le bouchon à l'émeri fin est armé d'une tige compte-gouttes à champignon renversé, qui puise le liquide dans le flacon goutte à goutte.

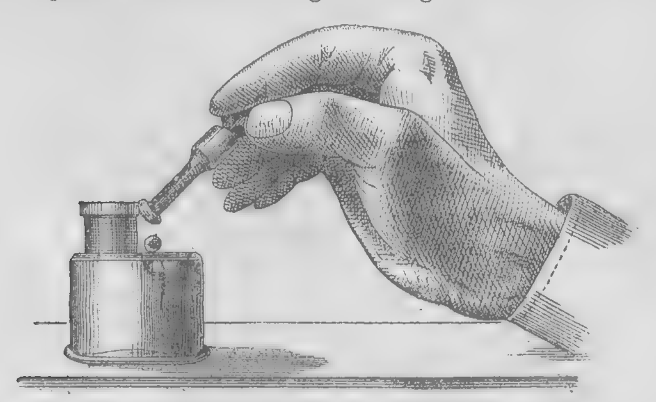


Fig. 7. — Manière de se servir du flacon.

D'une seule main on pourra déboucher le flacon, faire égoutter quelques gouttes de liquide dans la cupule et remettre le bouchon à sa place.

On aura donc : 1° un flacon contenant le liquide propre et rebouché ; 2° une cupule-récipient dans laquelle on aura fait tomber quelques gouttes du liquide qui servira au pansement. Aucun corps étranger n'aura pénétré dans le flacon, on conservera par conséquent à son médicament toute sa valeur.

Les maisons Gerbaud et Paturel ont exécuté mes modèles, dont la fabrication est déjà très avancée. Deux types sont créés de la même capacité de 0.35 grammes, en verre blanc et en verre jaune, pour les médicaments craignant la lumière.

La maison Henry, seule concessionnaire pour la vente en gros, en alimentera le commerce et bientôt chacun pourra se pourvoir et compléter chez tous nos fournisseurs son outillage antiseptique

avec le *flacon compte-gouttes à cupule.* Ce flacon, je l'espère, prendra place dans tous les cabinets d'opérations, et on le trouvera souvent, j'en suis certain, à côté d'un autre flacon adapté à la conservation antiseptique des instruments, et récemment introduit dans le commerce, je veux parler du flacon de notre ami le D[r] Friteau, destiné à conserver aseptiquement ou antiseptiquement les instruments.

Discussion.

M. d'Argent. — Ce compte-gouttes est bien compris ; mais nous avons diverses occasions de nous servir du médicament en petites quantités, et il est désirable que le dispositif se prête à tous les cas. Ainsi je constate que les mèches ne se placent pas à plat dans ce godet. Je me sers, pour ma part, d'un flacon compte-gouttes bouché à l'émeri, et dont le bouchon porte deux rainures longitudinales se faisant vis-à-vis ; il y a, de plus, un petit orifice sur un point du goulot et un bec de carafon en face de cet orifice. En mettant l'une des rainures en regard de l'orifice et en inclinant le flacon, l'air y pénètre et sa pression fait sortir le contenu goutte à goutte par le bec du goulot correspondant à la seconde rainure. Je puis ainsi déposer une goutte sur un godet plat. Le modèle de cupule de M. Léger-Dorez est donc trop profond ; mais c'est là un petit inconvénient facile à rectifier.

M. Léger-Dorez. — On la fera ovale et moins profonde.

M. Richard-Chauvin. — Si le godet était rétréci, il conviendrait tout aussi bien au but que s'est proposé l'auteur.

M. Bonnard. — Une rainure sur la partie plane suffirait, à mon avis.

M. Lemerle. — Quand un patient entre dans le cabinet d'opérations, il est le plus souvent très sensible à l'odeur des médicaments. Or, cette odeur, vous l'aurez d'une façon constante, puisque vous aurez un dépôt permanent du médicament dans la cupule.

M. Godon. — Je félicite M. Léger-Dorez de son invention ; cependant, je dois dire que son modèle sort des idées précises que nous avons sur les flacons à l'usage des dentistes : comme les médicaments se transforment, il nous faut de très petits flacons, et, pour leur propreté, il importe qu'ils soient à bords verticaux, avec un bouchon extérieur en forme de capuchon, et une large base. Or, les flacons qu'on vous présente diffèrent de ce modèle apprécié, et par leur forme et par leur bouchage. Si j'approuve la cupule, quipeut nous être utile, je reproche au flacon de ne pouvoir se nettoyer facilement.

M. Léger-Dorez. — Cette cupule est destinée à éviter de tremper le coton ou les mèches dans le médicament. Le seul grief fondé est celui de M. d'Argent qui s'adresse à la profondeur de la cupule. Eh bien ! je la ferai diminuer, et la fabrication du flacon en sera, de plus, simplifiée.

M. Lemerle. — Remplacez la cupule par un plan incliné, afin que l'usage en soit plus facile.

M. Léger-Dorez. — Il suffit d'une main pour se servir de l'appareil, son usage est donc des plus simples.

M. Stévenin. — Le modèle préconisé par M. Godon n'exclut pas le compte-gouttes; on a une baguette de verre qui reste à demeure dans le flacon. Le flacon qu'on nous présente est trop grand.

M. Richard-Chauvin. — Oui, ce flacon a un trop gros volume.

M. Meng. — M. Léger-Dorez aurait dû munir la cupule d'un couvercle pour éviter les émanations et la conserver propre.

M. Godon. — Dubois avait imaginé des flacons qui répondaient à nos besoins; le Dr Friteau nous en a présenté aussi qui procèdent du même principe.

M. Léger-Dorez. — J'ai rapetissé le goulot pour qu'on soit obligé de tremper l'instrument dans la cupule. Il faut que nos flacons ne soient ni trop grands ni trop petits.

M. Papot. — Nous remercions M. Léger-Dorez de sa présentation et nous devons féliciter les auteurs qui nous soumettent des procédés utiles et pratiques, tout en nous facilitant l'antisepsie.

II. — Rapport du secrétaire général, par M. Loup.

M. Loup donne lecture de ce document.

L'année dernière, à pareille époque, vous me fîtes l'honneur de m'accorder vos suffrages pour le poste justement envié de secrétaire général. Une immense joie, un légitime orgueil m'envahirent, d'autant plus sensiblement que je ne m'y attendais pas. La succession de mes confrères qui s'y étaient tout particulièrement distingués était trop lourde à recueillir pour que je pusse penser l'occuper sitôt. Vous en avez jugé autrement ; aussi vous suis-je, Messieurs et chers confrères, profondément reconnaissants de la confiance que vous avez eue en moi.

Et comment ne le serais-je pas ? Pourquoi ne vous remercierais-je pas de m'avoir placé à un poste d'honneur ? La Société d'Odontologie de jour en jour devient plus florissante, et, grâce à la variété, au nombre et à l'importance des communications qui y sont faites, elle prend place au premier rang des Sociétés scientifiques.

Elle est le point de mire de beaucoup de nos confrères, qui aspirent à l'honneur d'y pouvoir présenter quelques travaux et d'en faire partie.

Chaque année nous voyons des conférenciers extra-professionnels venir demander la saine et juste discussion de leurs travaux dans nos réunions pleines d'amabilité et de courtoisie. N'est-ce pas là peut-être le secret de notre rapide évolution ? Ce langage correct, cette aimable argumentation attirent facilement la confiance, la sympathie, et, par là même, le travail et le travailleur, qui se sent heureux et à l'aise.

Quoi qu'il en soit, ces éléments étrangers sont le véritable signe de notre éclat au dehors.

Est-il vraiment besoin de m'étendre davantage? Tout cela, vous le savez aussi bien que moi, je ne devrais même pas le signaler.

Pourrai-je, comme mon aimable prédécesseur M. d'Argent, vous dire tout ce que j'ai fait cette année? Hélas! non, je n'ai rien innové, ma conduite a été celle d'un bon soldat, c'est tout.

J'ai continué le service d'archives spéciales à notre Société, si heureusement commencé par M. d'Argent et qui permet de se rendre un compte exact de l'échange de lettres qui a lieu entre notre secrétaire et ses correspondants. En ce qui concerne les procès-verbaux, j'ai fait pour le mieux, ce qui ne veut pas dire très bien.

Voilà le bilan de ma conduite, c'est court. Il n'en est pas de même de celui de vos travaux qui, cette année, par leur nombre et leur valeur, forment un imposant faisceau lumineux, flambeau scientifique du travail pour le grand bien de tous.

Associez-vous, Messieurs, dans de sincères remerciements et de vives félicitations pour tous ceux qui ont contribué par ces travaux, dont je vais vous donner un compte rendu succinct, à la fertilité, à la prospérité de la Société d'Odontologie de Paris.

Je continuerai, comme l'ont fait mes prédécesseurs, l'ordre alphabétique ; c'est le moyen le plus juste de signaler à l'attention de tous le labeur de chacun, sans le déprécier ou le flatter par un classement plus ou moins impartial.

M. Richard-Chauvin « Sur la dent de six ans et le développement de l'ivoire. Des règles à suivre pour la conservation ou l'extraction de cette dent » nous a fait un travail fort complet et d'une utilité incontestable, car il guide le praticien par un raisonnement serré, scientifique, dans cette importante question. La longue discussion qui a suivi la lecture de son travail montra l'intérêt que tous nos confrères y avaient pris et lui fait le plus grand honneur. C'est ensuite un travail très intéressant sur l'anatomie de la dent de six ans avec la recherche des canaux, où l'auteur réclame à juste titre la priorité de la découverte des deux canaux antérieurs dans la première grosse molaire inférieure, car il les a signalés dans une proportion de 93 0/0 en 1886 dans l'*Odontologie*. Il fait suivre cette étude d'un petit aperçu sur l'extraction, aperçu qui a une juste valeur.

Ces deux communications sont suivies d'une autre en collaboration avec son fils sur « Les rapports du traitement conservateur de la pulpe avec la nutrition de l'ivoire », où les auteurs s'efforcent avec beaucoup de bon sens de déterminer les cas où le coiffage de la pulpe s'impose.

M. Choquet nous a donné l'occasion d'admirer encore une fois ses coupes microscopiques. C'est d'abord sur une présentation de M. Mendel Joseph, où cet auteur, dans un travail antérieur, nous avait montré une coupe de dent entièrement soudée au maxillaire. Cette même coupe fut reprise par M. Choquet, qui l'étudia sous le microscope et corrobora complètement les vues de M. Mendel.

Puis ce fut l'examen d'une hyperthopie cémentaire et d'une coupe de dent avec deux odontomes radiculaires adamantins, tra-

vaux qui ne font qu'accuser de plus en plus le talent micrographique de M. Choquet.

M. de Croes, dans une présentation avec moulage à l'appui, s'est efforcé de nous démontrer l'origine hémiplégique d'un dépôt de tartre volumineux. Le moulage coloré a été très admiré.

M. Debray nous a signalé une nécrose consécutive à l'acide arsénieux.

M. le Dr Friteau a intéressé les membres de la Société par deux présentations différentes, mais justement applaudies : une étude fort bien traitée sur l'observation d'une fracture comminutive du bord alvéolaire avec hémorragie consécutive, et une présentation de flacons aseptiques pour nos instruments. Ces derniers sont d'une conception ingénieuse et présentent toutes les qualités qu'il a voulu leur donner.

M. Godon, au nom de M. André,pharmacien, nous a présenté des savons dentifrices antiseptiques. A côté d'excellentes qualités, il leur est reproché de contenir du miel au lieu de glycérine,reproche bien anodin que le fabricant aura bien fait disparaître.

M. Heïdé nous a fait une communication sur les avantages de l'or Sub-marine et présenté une dent aurifiée par le Dr Herbst avec cet or. Puis il nous a donné une observation de nécrose partielle du maxillaire inférieur, très longuement détaillée et suivie de la présentation de la malade qui portait un appareil. Cet appareil a été si parfaitement décrit par l'auteur que cela nous dispense de le décrire aujourd'hui; mais il est juste de dire combien il fut admiré tant par son côté pratique que par son ingéniosité.

M. Joseph Mendel nous a présenté une coupe microscopique comme contribution à l'étude du ligament alvéolo-dentaire qui est un de ses sujets favoris.

M. Lemerle nous a montré un cas très curieux de disparition d'une dent temporaire dans le maxillaire supérieur par suite de traumatisme.

M. Léger-Dorez avec « L'émail fusible en art dentaire » nous a fait une communication des plus intéressantes, où il a su avec beaucoup d'à-propos introduire l'historique de cette importante question des obturations de verre.

M. le Dr Millon, dans une étude très documentée, captivante, s'est efforcé de nous montrer qu'il n'y a pas d'accidents de dentitions proprement dits et que, seule, l'alimentation irraisonnée est le factum important et primordial des phénomènes plus ou moins alarmants qu'à certaines époques on remarque chez les jeunes enfants.

M. le Dr Henri Mendel, dans une communication intitulée « De l'insuffisance nasale et de ses conséquences en odontologie », nous a montré avec un grand luxe de détails, avec une étude très approfondie, combien était erronée l'idée qu'on se faisait sur les enfants atteints de végétations adénoïdes. En effet, on attribuait à ces végétations toutes sortes de méfaits, les enfants qui en étaient porteurs ne grandissaient pas, devenaient apathiques, souffreteux,

s'étiolaient pour reprendre leur essor, leur pleine santé, sitôt qu'on leur avait enlevé leur tumeur. On attribuait en somme à ces tumeurs une action sur le système nerveux. L'auteur, au contraire, attribue tous ces symptômes morbides à l'insuffisance de la respiration nasale et nous montre son action sur le développement des maxillaires et son retentissement sur les dents. Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture, instructive au plus haut point.

M. le Dr Pitsch nous a fait deux communications : l'une sur l'emploi du bromure d'éthyle dans le cas d'extractions multiples, suivie d'une longue discussion et d'expériences, le dimanche suivant en séance pratique; l'autre sur le formol. L'auteur préfère se servir de ce puissant antiseptique et lui trouve de plus grandes qualités lorsqu'il a un peu vieilli, quand il se transforme en trioxynothylène. A propos de ce dernier produit, il nous a présenté un petit appareil formé de deux tubes de verre réunis par un caoutchouc percé dans son milieu, qui met leur intérieur en communication. Dans l'un se trouve l'antiseptique, le trioxynothylène, dans l'autre se trouvent les instruments qui sont baignés par les vapeurs de celuici. C'est un appareil fort simple et très ingénieux.

M. Poteau, de Laval, nous a fait parvenir une communication sur un cas d'hématome sous-muqueux qu'il attribue à l'extraction d'une dent chancelante.

M. Ronnet, dans l'exposé d'une extraction difficile, a remis en honneur la clef de Garengeot en demandant que son maniement soit enseigné aux étudiants.

M. Touchard, dans une étude comportant des expériences cliniques, nous parle de l'eucaïne sans l'adopter d'une façon complète. Mais parmi les qualités qu'il lui trouve et qui le font la recommander dans certains cas, il considère que cet anesthénique peut s'administrer dans la position debout et que, comme vaso-dilatateur, il est préférable à la cocaïne chez les sujets prédisposés à la syncope.

M. Viau, dans quelques réflexions sur l'eucaïne comme anesthésique local, nous a fait une analyse serrée de cet agent et conclut en faveur de la cocaïne ou de la tropacocaïne.

Je termine cet exposé en vous signalant la séance extraordinaire tenue en l'honneur de M. Bonwill qui nous a fait, en anglais malheureusement, une longue conférence sur le traitement médical de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Puis il nous a présenté divers instruments, dont un tour et l'articulateur qui porte son nom.

A l'occasion de son passage à Paris, il lui a été offert une médaille par la Société d'Odontologie et l'Ecole dentaire de Paris.

Je n'ai pas l'intention d'oublier la séance pratique du dimanche, 9 janvier, à la Clinique de l'Ecole, où nous eûmes le plaisir de constater la présence d'un groupe de membres de la Société Odontologique de France, venus à cette réunion plénière de nos deux Sociétés. Cette fusion est très heureuse et portera ses fruits. Je suis convaincu que c'est avec empressement que nos sociétaires

se rendront à l'appel de nos confrères de la rive gauche lorsque ceux-ci les inviteront à leur tour, selon les excellentes conventions intervenues entre les deux groupes.

M. Léger-Dorez nous a fait une démonstration pratique d'obturation avec la porcelaine. L'incisive qu'il a obturée était d'un très bel effet et nous pensons qu'il y a dans cette voie un véritable avenir.

Comme vous le voyez, messieurs, l'année a été bonne, et cette production prouve une fois de plus la vitalité de la Société d'Odontologie de Paris. Si vous ajoutez à toutes ces communications la part qu'elle a prise au Congrès National de Paris, vous estimerez qu'elle sait multiplier ses efforts.

En terminant ce rapport et en vous remettant mes pouvoirs je forme le vœu que notre Société prospère et grandisse comme grandit et prospère l'Ecole Dentaire de Paris, qui est aujourd'hui installée dans ces magnifiques locaux où nous tenons nos séances.

Il me reste encore un mot à ajouter : je croirais faillir à mon devoir si je n'adressais pas à notre sympathique président, M. Papot, mon respectueux hommage. Sa bienveillance, son amabilité, m'ont rendu la tâche bien douce, bien facile et me laissent le meilleur souvenir. Qu'il daigne accepter tous mes remerciements.

DISCUSSION.

M. Lemerle. — M. Loup rappelle dans son rapport que M. Ronnet a émis le vœu qu'on fît des démonstrations de la clef de Garangeot ; or, il n'a pas été tenu compte de ce vœu.

M. Martinier. — Je ferai remarquer qu'il n'a pas été émis de vœu sur cette question ; on a décidé de reprendre la discussion sur ce point, mais on ne l'a jamais reprise.

M. Godon. — L'administration de l'Ecole n'a jamais été saisie de ce vœu.

M. Ronnet. — Je n'ai jamais formulé de vœu ; j'ai dit simplement que la clef de Garangeot pouvait être utile, et certains collègues ont parlé dans le même sens.

M. Papot. — Il n'y a eu ni vœu ni vote, la question est venue en fin de séance et la discussion en a été remise.

Le rapport de M. Loup est mis aux voix et adopté.

III. — RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

M. Papot. — Aux termes du règlement, les pouvoirs du bureau actuel étant expirés, vous avez à élire un président, deux vice-présidents, un secrétaire générale et deux secrétaires des séances.

Le président et les vice-présidents sortants ne sont pas rééligibles.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants	21
Majorité absolue	11

Ont obtenu, pour *la présidence* :

MM. d'Argent	12 voix.
Sauvez	8 —

M. d'Argent est élu président.

M. d'Argent. — Je remercie la Société de l'honneur qu'elle me fait. Je ferai mon possible pour reconnaître la marque de sympathie qu'elle vient de me donner.

Ont obtenu, pour la *vice-présidence* :

MM. Sauvez.........	12 voix.	MM. Léger-Dorez.....	3 voix.
Lemerle.......	8 —	Richard-Chauvin.	2 —
Loup..........	5 —	Maire...........	2 —
Bonnard.......	4 —	Ronnet.........	2 —

Roy, Paulme, Papot, chacun une voix.

M. Sauvez est élu vice-président; ballottage pour le deuxième vice-président.

Ont obtenu, pour le *secrétariat général*, M. Loup ayant décliné toute candidature.

MM. Maire..........	7 voix.	MM. Godon,	chacun 1 voix.
Loup..........	6 —	Stévenin,	
d'Argent.......	2 —	Prével,	
		Pitsch,	

Il y a ballottage.

Ont obtenu, pour le *secrétariat des séances*.

MM. Jeay.........................	7 voix.
Dr Pitsch......................	6 —
Meng..........................	3 —

Il y a ballottage.

Il est procédé à un deuxième tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

Ont obtenu, pour *la vice-présidence* :

M. Lemerle........ 15 voix. | M. Loup........... 4 voix.

M. Lemerle est élu vice-président.

Pour le *secrétariat général* :

M. Maire.......... 10 voix. | M. Loup 7 voix (non candidat).

M. Maire est élu.

Pour le *secrétariat des séances* :

MM. Dr Pitsch......	11 voix.	MM. Maire..........	6 voix.
Jeay..........	10 —	Meng..........	6 —

MM. Jeay et Pitsch sont élus.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
A. Loup.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Nécrose du maxillaire supérieur produite par le phosphore chez un tabagique (fumeur de cigares).

Par le Dr Delobel, de Noyon (Oise).

F..., tailleur d'habits, 55 ans, travaille chez lui à façon et occupe deux apprentis. C'est un ouvrier très honnête, très rangé, qui gagne jusqu'à cent cinquante francs par semaine. Aucune habitude alcoolique,

il va très rarement au café. Ne boit pas chez lui, mais fume d'une façon effrayante et prise quelque peu. Il fume constamment le cigare, un petit cigare de cinq centimes, jusqu'au bout : il le laisse s'éteindre assez fréquemment, pour le rallumer aussi souvent. Il fume le cigare jusqu'à ce qu'il n'en reste plus qu'un petit bout entre les dents, bout qui est sans cesse mâchonné. Lorsque le cigare, déjà petit par lui-même, est très réduit, F... le rallume encore s'il s'éteint, au point qu'il se brûle parfois la moustache, suivant son aveu et celui de sa femme. Il allume dix, quinze vingt allumettes pour un cigare et avoue fumer au moins vingt cigares par jour : il respire donc, et de très près, les vapeurs phosphorées de quelques centaines d'allumettes par jour, et cela depuis l'âge de 20 ans. Nous insistons sur tous ces détails pour la suite de l'observation, car ils sont nécessaires pour trouver la cause de la maladie. Pas d'antécédents tuberculeux ni de syphilis. Mme F..., toujours bien portante, a eu une fille, aujourd'hui mariée et mère elle-même d'un enfant en bonne santé.

F... nous demande le 18 mai 1894, parce qu'il a l'œil droit douloureux et tuméfié depuis deux jours. Il y a, en effet, un peu d'œdème de la paupière inférieure, avec un chémosis intense de la conjonctive oculaire. Rien à la cornée, la vision existe entière. Croyant à une conjonctivite banale, nous prescrivons des lavages boriqués, matin et soir, avec une application permanente de rondelles d'ouate hydrophile boriquée à 30°, sur l'œil, et recouvertes de taffetas gommé.

21 mai. F... nous rappelle : le chémosis est toujours aussi intense, l'œdème est resté le même. Pas de douleurs du côté des mâchoires, pas d'empâtement à la joue, pas de fluctuation. Pouls normal, pas de fièvre. F... n'a pu dormir la nuit et accuse des douleurs continuelles à l'œil, mais non plus fortes que le 18. Nous continuons le même traitement, et faisons instiller quelques gouttes, trois fois par jour, dans l'œil du collyre suivant :

Sulfate d'atropine......................	0 gr. 01 centigr.
Bichlorure de mercure..................	
Eau distilllée..........................	10 grammes.

Nous donnons, en outre, 1 gramme de salicylate de soude le soir. Lait comme boisson et comme nourriture. Repos absolu au lit.

22 mai. — La nuit a été bonne. Rien à signaler pour l'état local. F... est gai et dit qu'il reprendra son travail. Même traitement pour l'œil. Alimentation à son choix.

23 mai. — Nous revoyons F... à 8 heures du matin. La nuit a été mauvaise, il n'a pu dormir. L'œdème palpébral a augmenté ; il a empiété sur le nez et sur l'angle externe de l'œil. Rien à la cornée ; le chémosis précédent est toujours aussi intense. Pas d'empâtement de la joue. Nous ne sentons pas de fluctuation. Cependant, nous enfonçons l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la partie œdématiée, près du bord inférieur de la base de l'orbite, en l'introduisant de haut en bas. La ponction est négative. Je fais une nouvelle ponction en me rapprochant de l'os malaire et en introduisant l'aiguille de bas en haut ; j'obtiens quelques gouttelettes de pus. Je fais alors une incision horizontale d'un centimètre d'étendue, peu profonde, et il s'écoule une bonne cuillerée à café de pus. Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans la plaie et le pansement est terminé avec de l'ouate hydrophile recouverte de taffetas gommé. L'œil est caché par le pansement.

26 mai. — Peu de pus. F... travaille un peu ; l'œil gauche est toujours

recouvert, quoiqu'il n'y ait plus de conjonctivite, mais à cause du pansement de la région.

29 mai. — La plaie est refermée. L'état général se maintient. Le salicylate de soude est donné à la dose de 50 centigrammes le soir.

30 mai. — La plaie est cicatrisée. La nuit a été moins bonne. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

31 mai. — Une incision nouvelle est pratiquée dans la cicatrisation de la première : il s'écoule du pus.

F... nous dit qu'il sent du pus lui venir dans la bouche et qu'il en crache. Nous lui faisons gargariser la bouche et la gorge avec de l'eau boriquée chaude, puis nous lui recommandons de faire des mouvements de succion et de cracher ; il crache, en effet, du pus. Nous examinons la bouche et voyons sourdre du pus du côté de la branche montante du maxillaire inférieur. Cependant, cet os paraît sain et n'est point douloureux à la pression ; il n'est pas sensiblement hypertrophié, quoique F. . ait un léger degré de prognathisme. Mais, la plupart des dents qui restent sur le maxillaire sont noires, atteintes de carie, d'autres manquent. Pas de douleur du côté de l'articulation temporo-maxillaire. Le maxillaire supérieur n'a presque plus de dents : celles qui restent sont toutes cariées et noires, en même temps que déchaussées. Dans la partie droite, c'est une série de trous noirs que nous apercevons : la pression ne provoque aucune douleur. En pressant sur la région malaire, nous faisons écouler un peu de pus par la bouche. Un stylet introduit dans la plaie de la face, près de l'os malaire, ne peut être enfoncé de plus d'un demi-centimètre ; il ne m'est pas possible de trouver une communication pour arriver dans la bouche. Une injection d'eau boriquée faite lentement ressort par la même ouverture sans qu'il en tombe dans la bouche. De même, un stylet promené dans la bouche contre le maxillaire supérieur ne peut pénétrer dans aucun orifice. Je propose à F... de faire une incision perpendiculaire à la première ou au moins d'agrandir seulement la première, afin de rechercher l'orifice de communication et de passer un drain. Sur son refus, je suis obligé de me contenter de faire un pansement à la face et de lui prescrire de fréquents lavages boriqués dans la bouche, en même temps que j'institue un traitement antisyphilitique comme moyen de contrôle de la nature des accidents que je viens de constater du côté de la bouche, au maxillaire.

Diagnostic. — Nécrose du maxillaire supérieur et de l'os malaire.

Comme nous savions F... grand fumeur, nous l'interrogeons sur son habitude du tabac, sur sa façon de fumer que nous avons relatée tout au long, au début de notre observation. F... a toujours été tailleur d'habits, il n'a jamais travaillé dans la nacre ni dans les allumettes. Nous lui avouons tout de suite que sa maladie est due à sa grande passion du tabac, à sa manière de fumer, c'est-à-dire aux vapeurs phosphorées qu'il respire constamment, puisqu'il rallume jusqu'à vingt fois le même cigare.

Diagnostic étiologique. — Nécrose phosphorée du maxillaire supérieur ayant amené une nécrose de l'os malaire chez un tabagique.

Nous revoyons notre malade plusieurs fois en juin : le traitement antisyphilitique n'a amené aucun résultat. Enfin, après le 30 juin 1894, nous ne revoyons plus notre malade qui quitte notre ville pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, où une première opération lui fut faite. Nous n'avons eu aucun renseignement sur ce sujet. F... n'a pu nous dire quelle opération lui fut faite, ni quel chirurgien la fit. Il serait facile, je crois, de pouvoir continuer l'observation relatée jusqu'ici en faisant

des recherches à l'hôpital Saint-Louis. D'après F..., que nous avons revu, comme nous le dirons plus loin, on lui fit la résection de la mâchoire supérieure et on lui enleva l'os malaire. Il revint ensuite chez lui ; mais, un mois après son retour, des accidents reparaissant à l'œil, F... se rendit de nouveau à Paris, et entra à la Maison municipale de Santé. Un grattage de la paroi inférieure de l'orbite aurait été fait, F... ayant refusé une opération plus importante, sur laquelle il n'a pu nous donner de détails. L'énucléation de l'œil droit, qui ne voyait plus, lui avait été proposée ; mais F... n'y consentit pas. Tels sont les autres renseignements que nous tenons de F... lui-même.

F... a cessé l'usage du tabac le 31 mai 1895, quand nous lui avons fait connaître la maladie dont il était atteint et la cause. Mais il était trop tard : le phosphore avait aussi fait son œuvre. Peut-être aussi le refus de F... d'accepter une nouvelle opération plus radicale a-t-il été une entrave à une amélioration, sinon à une guérison.

24 février 1895. — Nous revoyons le malade, qui, depuis une heure, a du délire et ne répond plus que par un seul mot aux questions qu'on lui pose. Ce mot est si grossier qu'il surprend tout son entourage. Je lui pose moi-même différentes questions et j'obtiens la même réponse.

Le pouls est irrégulier, la température normale. Pupille droite insensible à la lumière ; pupille gauche, sensibilité normale. Pas de hoquet, pas de respiration sus-périeuse, pas de déviation des yeux, pas de constipation, ni diarrhée ni vomissements, sauf un seul qui se produit devant moi. Cependant, j'avertis Mme F... qu'une méningite, c'est-à-dire une méningo-encéphalite, a dû se déclarer. Chloral, 2 grammes en potion.

25 février. — La nuit a été bonne ; le malade a repris connaissance. On lui a, malgré ma défense, répété ce qui s'est passé la veille. Il se confond en excuses et veut bien me donner les renseignements que j'ai rapportés sur son séjour à Paris. Il n'a pu se souvenir des noms des deux chirurgiens, quoique je lui aie cité ceux qui étaient à cette époque à Saint-Louis et à la Maison municipale de Santé. Je lui reproche de n'avoir pas fait le sacrifice de l'œil gauche qui ne voit plus. Il semble le regretter.

F... a des alternatives de délire et de lucidité jusqu'au 6 mars. A 11 heures du soir, nouveau délire, convulsions, et mort le 7 mai 1895, à 3 heures du matin.

Réflexions. — Tous les détails de l'observation donnés au sujet de notre malade devraient nous dispenser de réflexions. L'observation en elle-même comporte celles qui peuvent venir à l'esprit, quoiqu'elle soit incomplète, puisque nous n'avons rien dit et rien pu dire des opérations subies par F... à Paris. Cependant, cette observation relate un fait rare de nécrose phosphorée chez un tabagique. Nous ne prétendons point accuser le tabac comme la cause essentielle du mal dont F... fut atteint. Mais, le tabac a joué un grand rôle dans l'étiologie de cette maladie. On connaît l'influence du tabac sur les dents, la fréquence de la carie dentaire chez le tabagique. D'un autre côté, la carie dentaire met à nu, par ses progrès, la pulpe dentaire, puis le canal dentaire est ouvert aux vapeurs phosphorées (théorie de l'influence locale de la carie dentaire défendue par Th. Roussel et Magitot). Et chez notre malade, les vapeurs phosphorées provenaient du grand nombre d'allumettes employées pour allumer et rallumer ses cigares; elles étaient d'autant plus facilement observées qu'il se brûlait parfois les moustaches. L'intoxication chronique de notre tabagique par la nicotine a pu rendre plus facile l'intoxication par le phosphore, plus terrible dans ses effets, et par lui-même

le phosphore a peut-être aussi produit une intoxication générale.

La conclusion de notre observation peut se résumer dans le titre de l'observation elle-même : nécrose du maxillaire supérieur produite par le phosphore chez un tabagique.

Mais, pour terminer, il nous sera permis de dire que la cause de tout le mal a été le tabac, et surtout la manière de le fumer.

Cette observation a, du moins, le mérite de la rareté, car nous ne croyons pas qu'on ait pu souvent invoquer, dans les cas de nécrose phosphorée du maxillaire supérieur, l'étiologie que nous avons donnée.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

P. S. — Cette observation contient une erreur, que le dentiste ne peut laisser passer sans essayer de remettre les choses à leur point. L'auteur attribue à l'influence du tabac les dents cariées de son malade, lesquelles ont été autant de portes d'entrée à l'intoxication phosphorique.

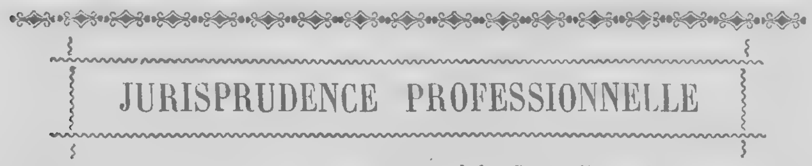
Le dépôt que le tabac occasionne sur les dents n'a jamais donné naissance, que nous sachions, à l'érosion si nécessaire au début de la carie dentaire. Ce dépôt brun sale, le dentiste l'enlève en nettoyant les dents, et si, ce faisant, il constate des dents cariées, ces caries dentaires sont dues à d'autres causes, comme le manque de propreté habituelle de la cavité buccale.

C'est certainement ce qui est arrivé chez le malade qui fait l'objet de ce travail. Si de nombreuses dents gâtées ont été constatées, elles sont dues à l'accumulation de débris alimentaires dans les anfractuosités des dents, dans les espaces interdentaires, qui, mélangés à la ptyaline, ont produit par fermentation un milieu acide; celui-ci a déterminé cette érosion de l'émail à laquelle a succédé une carie plus profonde qui a facilité les phénomènes d'intoxication phosphorique.

Ils ne sont pas rares les tabagiques incorrigibles, chez lesquels on chercherait en vain une seule dent cariée. Ce n'est pas sur les dents que le tabac exerce son action nocive, mais sur les muqueuses, comme la gencive, la face interne des joues, le pharynx, le larynx, la langue, le palais, pour ne parler que de la bouche.

On pourrait objecter que l'abus du tabac, par son action sur les muqueuses, pourrait occasionner du ptyalisme. La carie dentaire n'aura lieu alors qu'autant que les règles de la plus élémentaire hygiène auront été négligées, et le tabac n'arrivera que comme phénomène concomitant.

La carie dentaire est due à des causes d'altérations chimiques favorisées par des prédispositions d'ordre héréditaire ou individuel. L'étiologie invoquée par l'auteur, en ce qui concerne les dents, constitue une erreur, certainement très faible en raison de ses belles déductions, mais qui, accréditée, pourrait conduire à des inductions fausses. E. B.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Em. Roger, avocat à la Cour d'appel.

TRIBUNAL DE CHAROLLES.

Présidence de M. Grivel.

Audience du 11 décembre 1897.

Dentistes patentés. — Inscription au rôle. — Possession d'état. Preuve.

L'article 32 *de la loi du* 30 *novembre* 1892, *qui porte que le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant de son inscription au rôle des patentes au* 1er *janvier* 1892, *n'est pas limitatif et ne dit nullement que*

l'inscription au rôle des patentes doit être considérée comme le seul mode de preuve de l'exercice de l'art dentaire.

D'où l'on peut inférer que le législateur de 1892 n'exclut pas les autres modes de preuves ordinaires consacrés par la loi et notamment la preuve par la possession d'état de dentiste. En conséquence, ne commet pas le délit d'exercice illégal de l'art dentaire, le dentiste qui continue à exercer sa profession sans être inscrit au rôle des patentes le 1er janvier 1892, alors que sa possession d'état est nettement établie.

Et il doit en être surtout ainsi s'il est établi que l'omission d'inscription à la patente n'est point son fait, mais celui de l'Administration des contributions directes.

Les faits de la cause sont des plus simples. N... a exercé à C... la profession de dentiste, sans aucune interruption, depuis un temps immémorial. Et dans quelles conditions ? Le jugement va nous le dire. « Il a exercé cette profession d'une façon honorable et habile, à la satisfaction de ses clients, qui jamais n'ont porté plainte contre lui ; il est estimé de ses concitoyens, et jouit à C... d'une bonne réputation à tous les points de vue. »

C'est fort bien, nos compliments bien sincères à M. N... Heureux confrère !

En voilà au moins un qui a reçu des éloges publics, autorisés et non posthumes, et cela n'est pas fait pour nous déplaire. Mais, me direz-vous, au fond, il n'a fait que son devoir ; et le cas est-il donc si rare parmi nous qu'il ait paru nécessaire de mettre en relief la correction, d'ailleurs naturelle, de notre confrère ? N'allez pas trop vite, vous allez bientôt voir que dans notre espèce, comme on dit au Palais, cet exorde n'est pas un hors-d'œuvre sans intérêt. C'est qu'en effet N... n'était pas seulement dentiste à ses heures, il exerçait simultanément la profession de coiffeur. — Une magnifique enseigne, paraît-il, placée bien en évidence sur la devanture de son magasin, annonçait à ses concitoyens, en lettres d'or, que N... était « coiffeur-dentiste ». Vous comprenez maintenant ; puisqu'il était coiffeur et dentiste, il s'agissait avant tout de déterminer son coefficient en dentisterie. N'était-il pas trop coiffeur pour être bon dentiste. *That was the question probably ?* C'est égal, je reste rêveur quand je rencontre telle enseigne et je me demande toujours quel lien visible ou invisible il y a entre ces deux professions, quelle est leur relation, sans pouvoir saisir aucune connexité entre la profession de barbier et l'art dentaire ; car, notez que neuf fois sur dix c'est un coiffeur qui cumulera la profession de dentiste. Enigme.

Mais N... n'est pas seulement un bon dentiste, exerçant depuis longtemps, dit le jugement, il est de plus très avisé, comme vous l'allez voir. Prévoyant sans doute que le législateur de 1892 élèverait l'inscription à la patente presque à la hauteur d'un diplôme (puisque, comme le soutient l'autorité administrative, sans patente pas de dentiste transitoire), il a, à plusieurs reprises, fait toutes les

diligences nécessaires pour être inscrit à la patente comme dentiste avant 1892. A cet effet, il s'est adressé à la mairie de C. auprès du commis-percepteur et auprès du contrôleur. On lui aurait invariablement répondu ceci : « Vous exercez les deux professions de coiffeur et de dentiste dans le même local : c'est votre droit ; et, comme aux termes de la loi sur les patentes, vous ne devez payer qu'une seule patente et que vous acquittez cet impôt comme coiffeur, pas besoin de vous mentionner sur le rôle comme dentiste ». Et voilà comment notre homme, ne pouvant montrer au Ministère public une feuille des contributions portant ces mots : « Imposé à la patente pour l'exercice de ses professions de coiffeur-dentiste », a été traduit en police correctionnelle comme ne justifiant pas de son inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, art. 32. Il faut avouer qu'il n'a pas eu de chance, en se faisant inscrire comme coiffeur, car, supposez un instant qu'il se fût donné comme dentiste, il n'y avait pas de question. Ceci me fait supposer que nonobstant les termes du jugement, il avait des raisons pour s'estimer plus coiffeur que dentiste. Tous ces faits étant constatés par le jugement, il eût été prodigieusement injuste de lui retirer l'exercice d'une profession parce qu'il n'aurait pas pris les mesures conservatoires qui lui étaient obstinément refusées par l'Administration des contributions directes elle-même. On sent le cercle vicieux dans lequel la poursuite évoluait. C'est donc à bon droit que les juges de Charolles ont décidé que, s'il n'était pas inscrit à la patente, cette omission était uniquement le fait de l'Administration des contributions directes et que l'on ne saurait faire peser sur lui les conséquences d'un fait qui ne lui était pas imputable.

Notre jugement aurait pu s'en tenir là et renvoyer N... des fins de la plainte du Ministère public ; mais il est allé plus loin et, quittant le domaine du fait, il a résolument abordé la question de droit, ce dont nous devons lui savoir gré, d'autant plus qu'elle consacre une théorie que nous avons soutenue tant dans les colonnes de ce journal que dans les consultations qui nous ont été demandées sur ce point de droit. Il a son importance, et si la question n'est pas nouvelle quant à son principe, du moins elle n'a jamais été tranchée avec une netteté et une ampleur aussi grandes.

Que dit le jugement, et fort justement, suivant nous ? Le praticien doit bénéficier des dispositions transitoires non seulement quand il justifie de son inscription à la patente, mais quand il établit nettement, à défaut de patente, sa possession d'état de dentiste au 1er janvier 1892.

Voici les arguments sur lesquels il se fonde.

Travaux législatifs. — Des travaux préparatoires il résulte que le législateur a entendu que la loi n'aurait point d'effet rétroactif, que la possession d'état et les droits acquis seraient respectés pour la période transitoire. « Aujourd'hui, a dit M. Brouardel, sur l'art. 32, il n'est plus question que d'une variété de dentistes : ceux qui, par mesure transitoire se trouvent autorisés, parce qu'ils ont la *possession d'état*, à continuer l'art dentaire ». N... avait

la possession d'état avant la loi. Il importe donc de rechercher si la preuve de la possession d'état de dentiste peut être faite seulement par l'inscription à la patente au 1er janvier 1892. L'article 32 ne dit nullement que l'inscription à la patente sera le seul mode de preuve de la possession d'état de dentiste ; d'où l'on peut inférer que le législateur n'exclut pas les autres modes de preuve ordinaires consacrés par la loi.

Esprit de la loi. — Le législateur n'a sûrement pas voulu subordonner le maintien du droit d'exercer l'art dentaire au seul paiement d'une patente au 1er janvier 1892, les discussions auxquelles l'art. 32 a donné lieu n'ayant jamais eu trait à un mode quelconque de preuve de la possession d'état de dentiste, et cette possession d'état ayant toujours été considérée, tant à la Chambre qu'au Sénat, comme la condition essentielle et unique du maintien du droit d'exercer l'art dentaire.

Interprétation du texte. — Il échet de noter qu'en interprétant le texte de l'art. 32 d'une façon littérale, on arrirevait à faire des agents des contributions directes de véritables dispensateurs de brevets de dentiste, au moyen de l'inscription à la patente, en faveur de personnes absolument étrangères à l'art dentaire : une pareille conséquence démontre bien qu'il ne faut pas s'attacher au texte littéral de l'art. 32, mais admettre tous les modes de preuve juridiques propres à établir la possession d'état de dentiste.

Ainsi, d'après ce jugement, les travaux législatifs, l'esprit de la loi et l'interprétation des textes conduisaient nécessairement à la relaxe du prévenu. Nous sommes bien d'accord sur ce point avec les juges de Charolles et nous avons eu l'occasion de le dire et de le répéter assez souvent.

Nous savons que le Conseil d'Etat, consulté en 1895 sur l'interprétation de la loi au point de vue de l'application des dispositions transitoires, a été d'avis que ne doivent pas bénéficier de ces dispositions : « Ceux qui prétendant avoir exercé l'art dentaire cumulativement avec une autre profession et qui ne se trouvent pas en fait être patentés comme dentistes ». D'après cet avis, il ne restait plus qu'un moyen au sieur N..., pour se soustraire aux poursuites : c'était de renoncer à la dentisterie.

Depuis 1895 l'Administration a procédé à la confection des listes du corps médical, et nous avons vu que la préfecture de police prétend interdire l'exercice de l'art dentaire à quiconque ne justifie pas être inscrit à la patente pour 1891. Nous avons dit combien cette interprétation restrictive viole l'esprit de la loi de 1892[1].

Nous avons étudié [2] la situation de la femme mariée, collaboratrice de son mari, et nous avons cherché à faire ressortir combien il serait inique de lui empêcher d'invoquer un droit personnel à l'exercice, alors qu'il était constant et de notoriété publique qu'elle

---

1. V. *supra*, p. 77.
2. V. l'*Odontologie* de 1897, p. 308.

avait la possession d'état antérieurement à la loi de 1892. Nous sommes donc en harmonie parfaite avec le jugement, et nous n'avons rien à ajouter aux considérations d'équité et de bon sens que nous avons fait valoir.

Nous en aurions fini si nous n'avions à faire un parallèle avec ce qui se passe en pareille matière en Amérique. On y verra que les Américains ont eu dans l'application des dispositions transitoires un sentiment plus prononcé de l'équité en même temps qu'une idée plus haute de la sincerité de leurs concitoyens [1].

Chacun sait que tous les Etats de la Confédération américaine sont réglementés par une loi spéciale dentaire, distincte d'un Etat à un autre. Presque tous les Etats ont légiféré sur ce point. Ils n'ont point fait intervenir le personnel des contributions directes pour prouver la possession d'état ; ils s'en s'en sont purement et simplement rapportés à la loyauté du praticien, qui était tenu de venir déclarer, à l'appui de ses certificats, devant le magistrat du district, sous la foi du serment *bona fide*, qu'il était dans les liens de la dentisterie avant la promulgation de la loi de réglementation, pour obtenir *ipso facto* le droit de continuer l'exercice de sa profession.

En France, dans l'état actuel de notre législation, la preuve résulte de l'inscription à la patente, le serment probatoire n'est pas admis, mais au moins laissons à la notoriété publique, *incontestable et avérée,* assez d'efficacité pour prouver la possession d'état à l'effet de faire admettre au nombre des dentistes, concurremment avec le mode légal, « la patente », ceux qui établissent manifestement qu'ils ont vécu de l'art dentaire avant 1892. Toute solution contraire consacrerait un injustice.

Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à féliciter notre confrèr *in partibus* de son double succès, car il se trouve du même coup légalement habilité à continuer l'exercice de l'art dentaire et consacré, en fait, « praticien habile » par acte authentique. Tous nos compliments, non sans nous permettre de lui faire observer cependant que l'art dentaire est assez complexe par lui-même, et son champ d'expérimentation assez vaste, pour absorber les forces vives de ses vrais adeptes et les placer dans la nécessité de renoncer, quel que soit le goût que l'on en ait, au maniement de la tondeuse et du peigne à cheveux, même aseptiques.

---

1. V. *Une mission en Amérique,* par MM. Godon et Ronnet.

CORRESPONDANCE

Bordeaux, 7 février 1898.

A Monsieur le Rédacteur en chef de l'Odontologie.

Monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère,

A la suite de l'article de la « Revue de Thérapeutique » paru dans le journal « L'Odontologie » du 30 septembre 1897 et ayant trait à l'orthoforme, j'ai pu, grâce à l'amabilité d'un externe des hôpitaux de Bordeaux, M. Boisseau, me procurer une certaine quantité de cette substance.

La question envisagée au point de vue thérapeutique pouvant devenir intéressante pour l'art dentaire, j'ai expérimenté ce nouveau produit et j'ai l'honneur de vous soumettre ci-joint le résultat que j'ai obtenu.

Permettez-moi de vous dire tout d'abord que les premières observations que j'ai recueillies n'étaient guère favorables à ce nouveau médicament. Màis il est vrai que je n'avais pu avoir à ma disposition, dès mon début, qu'une très minime quantité d'orthoforme.

Depuis j'en ai eu davantage, 90 grammes environ, provenant de Munich. J'ai pu alors continuer à prendre des observations.

J'ai eu soin d'agir avec des doses plus massives que précédemment, sachant que ce médicament est dénué d'action toxique, à moins qu'il ne soit absorbé en assez grande quantité, comme l'ont montré des expériences instituées sur des animaux (chiens, cobayes). Je l'ai toujours employé en poudre et non sous forme de chlorydhrate d'orthoforme, sel irritant pour les muqueuses buccale et pharyngo-laryngée.

Après de nombreuses observations, je suis arrivé au résultat suivant : l'orthoforme agit principalement :

1° A la suite d'extractions multiples, comme analgésique post-opératoire et antiseptique ;

2° Dans les cas de carie du 3me degré : dévitalisation de la pulpe par l'acide arsénieux combiné à l'orthoforme, comme analgésique.

Parmi les nombreuses observations que j'ai pu prendre, permettez-moi, de vous adresser celles qui ont été publiées dans le n° 4 de la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales* de Bordeaux.

Observation I. — M S..., 34 ans, se présente pour une fistule venant s'ouvrir à l'extérieur de la joue. Cette fistule est provoquée par la présence de plusieurs racines nécrosées. Ces racines, au nombre de quatre, sont situées sur le maxillaire inférieur, côté droit. Nous faisons l'extraction immédiate et facile de ces racines, qui baignent dans le pus. L'opération, bien que durant peu, est très douloureuse. Après avoir fait les lavages antiseptiques nécessaires dans les alvéoles, nous introduisons des mè-

ches de coton saupoudrées d'orthoforme et nous recommandons au malade de manger sans hésitation sur la partie opérée.

Nous le revoyons le lendemain. Il n'a souffert ni après l'opération ni pendant la nuit qui l'a suivie ; ses gencives ne sont pas douloureuses. Le malade ayant été opéré à 4 h. 1/2 de l'après-midi, il s'est donc écoulé un espace de trois heures à 3 h. 1/2 avant son repas du soir, et à ce moment l'analgésie et l'anesthésie étaient si complètes qu'il a pu manger sur la partie du maxillaire opérée, qui ne mesure pas moins de cinq centimètres de long.

Observation II. — Mlle B..., 27 ans, nerveuse, anémique, nous est adressée par le docteur B... Nous remarquons de la polyadénite des ganglions sous-maxillaires provenant de l'évolution de la dent de sagesse inférieure gauche. Nous extrayons la 2me grosse molaire du même côté, qui a une carie du 4e degré. La gencive sertissant les deux dents est rouge et tuméfiée.

L'injection de cocaïne est douloureuse.

L'extraction que nous faisons ensuite est normale. La douleur pendant l'opération est très vive. La malade, souffrant au moindre contact, ne nous permet de faire des lavages antiseptiques dans l'alvéole que quelques minutes après. Avec une spatule, nous introduisons dans l'alvéole de l'orthoforme que nous recouvrons d'un tampon de ouate. La malade accuse alors une très légère sensation de brûlure, qui disparaît au bout de quatre à cinq minutes, pour faire place dix minutes après à une analgésie très notable.

Nous revoyons la malade le lendemain, elle n'a pas souffert depuis le moment où elle a quitté notre cabinet et a mangé sur la partie opérée sans ressentir la plus petite douleur.

La malade revenant tous les deux jours, nous pouvons constater que la gencive est toujours indolore, que la réparation se fait beaucoup plus vite qu'habituellement ; qu'il n'y a pas la moindre infection.

Observation III. — Mlle M..., 44 ans, se présente pour se faire soigner 7 dents atteintes de carie de divers degrés. Nous remarquons 3 dents : la canine supérieure gauche, la première prémolaire supérieure droite et la première grosse molaire inférieure droite, atteintes de carie du 3me degré, réclamant la dévitalisation de la pulpe.

Nous employons l'acide arsénieux à une assez forte dose, combiné avec l'orthoforme.

Le lendemain Mlle M.. revient ; elle n'a aucunement souffert à la suite de ce pansement, habituellement si douloureux. La gencive, complètement normale, n'accuse aucune trace d'inflammation. La pulpe est totalement dévitalisée, nous l'enlevons et notre malade n'éprouve absolument aucune douleur.

Je serais heureux si ce nouveau médicament pouvait être utile à l'art dentaire et vous serais reconnaissant de bien vouloir, si cela se peut, faire insérer dans le journal « L'Odontologie » les quelques résultats et observations que j'ai le plaisir de vous soumettre.

Agréez, etc.

Paul Baril,
Chirurgien-Dentiste F. M. P.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

4-5-6 *août* 1898

Président du Congrès : M. le Dr E. Lecaudey

Présidents honoraires : MM. E. Lecaudey, Michaels, Godon, Damain

Bureau Central

Président.......	M. le Dr Queudot
Sécrétre général.	M. Siffré
Trésorier.......	M. Viau
Secrétaire......	M. le Dr Sauvez
Membres.....	M. d'Argent M. Martiniel

Bureau Local

Présidt honorre.	M. le Dr Paillasson
Président.....	M. le Dr Martin
Secrétre gén...	M. le D. G. Guillot
Secrétaires..	M. Durand M. le Dr Reboulet
Membres....	M. A. Bastien M. E. Mandé

Paris, février 1898.

Monsieur et cher confrère,

Le troisième Congrès Dentaire National, tenu à Paris, les 27, 28, 29 octobre 1897, a, dans sa dernière séance, nommé le Bureau central du Congrès de 1898, avec mission de choisir la ville dans laquelle devait se tenir le Congrès.

Prenant en haute et juste considération le désir des Dentistes du Rhône et de la région, désir manifesté dans une réunion de leur Société en date du 22 mai 1897, de voir siéger cette présente année le Congrès dans la ville de Lyon, le Bureau central a chargé son président, M. le Dr Queudot, d'aller leur faire part du choix que nous avions fait de leur ville, et les inviter à ratifier ce choix.

A l'unanimité les membres de la Société des Dentistes du Rhône et de la région ont accepté d'organiser à Lyon le 4me Congrès Densaire National.

Après Bordeaux, Nancy, Paris, qui ont su grouper un nombre de plus en plus grand d'adhérents, Lyon, qui jouit d'une réputation professionnelle si méritée, nous semble heureusement choisi pour donner le plus large essor au progrès de l'art dentaire français. En cette cité vraiment centrale viendront se joindre à nous tous les confrères désireux d'assurer l'éclat de nos assises professionnelles.

Conformément au vote des congressistes de Paris, l'honneur de la présidence du 4me Congrès Dentaire National revient à M. le Dr E. Lecaudey.

Par les quelques mots qui précèdent, nous venons de vous mettre au courant, Monsieur et cher confrère, de la genèse du Congrès de Lyon en 1898.

Nous faisons appel à toutes les bonnes volontés, d'où qu'elle viennent, et nous ne voulons nous occuper que de l'intérêt général des dentistes de notre pays.

Nous espérons, Monsieur et cher confrère, avoir le plaisir de vous compter parmi les adhérents au Congrès comme membre et comme auteur de communications et de démonstrations.

Veuillez agréer l'assurance de nos meilleurs sentiments de conraternité.

Le Président, Dr E. QUEUDOT. — *Le Secrétaire général,* SIFFRE.

Questions à l'ordre du jour :

I. — De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion. — Rapporteur, Dr SAUVEZ.

II. — Des altérations dentaires et des muqueuses dans les diverses Diathèses. — Rapporteur, Dr TEILLIER.

Adresser les ahésions et communications à M. SIFFRE, sécrétaire général, 97, boulevard St-Michel, à Paris.

Adresser les cotisations à M. G. VIAU, trésorier, 47, boulevard Haussmann, à Paris.

ERRATUM : Dans notre numéro du 15 février, c'est par erreur que nous annoncions en dernière heure que l'organisation du Congrès de Lyon devait être faite par la *Société des Dentistes du Sud-Est.* Il faut lire par la *Société des Dentistes du Rhône es de la région.*

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Présenté à l'Assemblée générale du 5 février 1898, par M. PAULME

Messieurs et chers Confrères,

Si la fonction du secrétaire général de notre Association est une véritable sinécure pendant toute l'année, grâce au zèle infatigable de notre président, qui fait face à tout, pour ne pas fatiguer ses collaborateurs, elle devient plus difficile lorsqu'il s'agit de vous présenter le rapport annuel.

En effet, aucun fait saillant ne vient rompre le fonctionnement régulier de notre Société, dont le rouage parfaitement réglé n'a plus qu'à suivre l'impulsion une fois donnée.

Pour trouver un sujet, je vais commencer par faire des repro-

ches, non pas à vous, Messieurs, mais aux absents, qui, comme on le dit fort justement, ont toujours tort.

En voyant nos rangs clairsemés, on ne croirait jamais assister à l'assemblée générale d'une société comptant plus de quatre cents membres, dont la moitié résident à Paris, et, chose pénible à constater, ce sont ceux qui ont le moins de trajet à faire qui s'abstiennent généralement de venir à nos réunions.

Nous avons des membres de Province qui ne craignent pas de passer plusieurs heures en wagon pour accomplir leur devoir de sociétaires, alors que ceux de Paris, n'ayant que quelques pas à faire, hésitent à se déranger.

Cette indifférence pour les questions intéressant notre profession semble devenir contagieuse, et si nous ne secouons pas notre apathie nous aurons bientôt des séances où nous ne serons pas assez nombreux pour constituer le Conseil de direction.

Je crois avoir trouvé la cause de ces désertions.

Si mes confrères ne se donnent plus la peine d'assister à nos séances, c'est que maintenant, sans avoir besoin de se déranger, ils sont renseignés régulièrement sur tous les faits nouveaux concernant l'art dentaire, grâce à l'*Odontologie*, qui paraît deux fois par mois depuis juillet dernier afin de servir des nouvelles toutes fraîches à ses lecteurs, — et, finalement, le plus coupable dans cette affaire, c'est le Comité de rédaction du journal.

Néanmoins, vous me permettrez de le remercier chaleureusement ici, en votre nom, pour le dévouement que tous ses membres, et particulièrement l'administrateur-gérant, votre sympathique président, apportent à continuer l'œuvre de notre regretté Dubois.

Privée de celui qui en était l'âme, qui s'y était incarné pour ainsi dire, l'*Odontologie*, loin de péricliter, comme on aurait pu le craindre, n'a fait que progresser constamment.

Des illustrations nombreuses, des planches hors texte, ont donné un attrait de plus à cette publication devenue bi-mensuelle.

Tout y est en augmentation : le nombre des numéros, des pages, des annonces, du tirage, et celui des abonnés.

Une légère diminution est pourtant à signaler; mais comme elle porte sur le chiffre des dépenses, il n'y a pas lieu de s'en alarmer.

Nous avons eu à déplorer la mort de quelques sociétaires : MM. Demaigné, de Flaugergues père, Meunier, Guignes, Potel, Dr Sicard, Chrétien, un des fondateurs de notre Association ;

Une démission : M. Fache, de Toulouse.

De nouvelles admissions sont venues combler les vides : celles de MM. Barthélémy, Baudelot, Bosson, Brigiotti, Carrié, Catton, Cossas, Dipparaguerre, Dubourg, Fortier, Gauthé, Dr Guénard, Klein, Longuet, Léger-Dorez, Liskenne, Dr Monnet, Pastariano, Péters, Picot, Quillet, Richard-Chauvin fils, Drs Rosenthal père et fils, Dr Michel Rosenthal, Mme Salomon, Toulouse et Wisner.

Pendant le courant de l'année nous avons enregistré avec plaisir la nomination de notre confrère M. Bonnard, promu chevalier de l'ordre militaire du Christ de Portugal.

Syndicat professionnel, caisse de prévoyance, secours.

Sur quatre différends, un a été concilié, trois ont nécessité un rapport, dont un favorable au demandeur, et deux au défendeur.

Le montant des recettes des expertises a été versé à la caisse de prévoyance ; des secours ont été accordés à onze personnes pour la somme de deux cent soixante-deux francs.

Nous adressons tous nos remerciements à M. N. Claser, président du Syndicat professionnel et de la Caisse de prévoyance, pour le dévouement qu'il apporte dans l'exercice de ces délicates fonctions.

Vous vous souvenez que l'année dernière nous avons élaboré les statuts d'une caisse de prévoyance et d'assurance en cas de décès, ayant pour but d'attribuer, quel que soit le genre de mort du sociétaire, une somme de huit cents francs à ses ayants droit, et ce, avec une modique cotisation annuelle de vingt francs.

Nous engageons vivement nos confrères à relire attentivement les statuts, qu'ils trouveront dans l'annuaire de l'Association pour 1897-98, et à adresser leur adhésion à M. Claser, car cette société ne pourra fonctionner qu'avec un minimum de quarante membres.

Notre président, M. Papot, nous a donné récemment des détails sur la Compagnie Foncière-Transports, qui assure contre les accidents corporels de toute nature résultant de traumatismes.

Cette assurance présente des avantages sérieux pour les membres de notre profession, qui peuvent s'assurer eux et le personnel qu'ils emploient, contre tous les risques.

La Compagnie fait des avantages particuliers à nos sociétaires, et consentirait encore une plus grande réduction si elle réunissait un certain nombre d'adhérents.

Pour plus amples renseignements voir le compte rendu de la séance du Conseil de direction du 30 novembre dernier (*Odontologie*, numéro du 30 décembre 1897).

La Société civile de l'Ecole dentaire de Paris nous a soumis une proposition d'emprunt d'une somme de dix mille francs garanti par son fonds de réserve et portant intérêts à 3 1/2 0/0.

Cette proposition, qui n'est qu'à l'état de projet, a été prise en considération par le Conseil de direction, mais elle ne pourra être effective qu'après une demande de la Société civile, soumise à la décision d'une assemblée générale réunie à cet effet, d'après l'article 23 des statuts.

En résumé, Messieurs, la situation de l'Association est toujours prospère, et je laisse la parole à votre vigilant trésorier, qui va vous le prouver, chiffres en mains.

Le Secrétaire général,
L. PAULME.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de M. Victor Simon, décédé à Paris le 16 février 1898, dans sa 76e année, après une longue et douloureuse maladie.

Le défunt était chef de la maison, bien connue, de fournitures pour dentistes. Il avait su dans ses relations commerciales s'attirer l'amitié de ses clients. Aussi, nombreux étaient ceux qui sont venus lui apporter leur dernier témoignage de sympathie.

L'Ecole Dentaire de Paris le comptait parmi ses membres bienfaiteurs, et chaque année, au moment de la distribution des récompenses aux élèves, Victor Simon envoyait plusieurs prix constitués par des instruments.

Le Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris était représenté par M. Bonnard.

Nous adressons nos sincères sentiments de condoléance à la famille.

E. B.



NOUVELLES

Nous relevons dans le *Journal Officiel* du 12 février 1898 les nominations suivantes, que nous sommes heureux d'annoncer à nos confrères :

Au grade d'*Officier de l'Instruction publique* : M. G. Viau, rédacteur en chef de l'*Odontologie*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, vice-président du conseil de direction de l'Ecole Dentaire.

Au grade d'*Officier d'Académie* : M. Paul Martinier, secrétaire général du conseil de direction de l'Ecole Dentaire de Paris, professeur de Prothèse à la dite Ecole ;

M. d'Argent, président de la Société d'Odontologie de Paris.

Nous relevons également d'autres nominations parmi lesquelles nous comptons avec plaisir plusieurs membres de notre association :

M. Didsbury H., dentiste des hôpitaux de Paris ;

M. Tissot G. P., tous deux *Officiers de l'Instruction publique*.

Les palmes académiques sont accordées à :

MM. Elie (Léon-Pierre), chirurgien-dentiste ;

Lemière (Joseph-Jean), chirurgien-dentiste ;

Schuler (Albert-Julien), chirurgien-dentiste ;

Mlle Wagner (Christine-Emilie), chirurgien-dentiste ;
M. Nauche, chirurgien-dentiste à Annecy.
Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

E. B.

Congrès dentaire international de 1900.

On lit dans la *Dental Review* :

Le moment approche rapidement où les diverses Sociétés dentaires qui ont participé au grand congrès dentaire de Chicago de 1893 vont prendre les mesures préparatoires à l'organisation d'un congrès dentaire pendant l'Exposition de 1900 à Paris. En vertu d'une résolution adoptée par le Congrès durant sa session, il avait été décidé de laisser l'initiative aux diverses Sociétés dentaires qui y étaient représentées par des délégués. L'Association dentaire américaine et l'Association dentaire du Sud étaient représentées toutes les deux ; mais comme ces deux groupements n'existent plus, leur successeur légitime, l'Association dentaire nationale,doit faire le nécessaire pour la nomination de commission à sa prochaine réunion. Nous pensons que la section du Sud de l'Association, qui se réunit à Sainte-Augustine (Floride) le mois prochain, devrait nommer un comité pour coopérer avec un autre comité qui serait nommé par l'Association nationale et composé de membres pris dans les sections de l'Est et de l'Ouest.

Les Sociétés dentaires étrangères devraient également prendre des mesures dans leur prochaine réunion.

Nous approuvons vivement l'initiative de notre confrère américain, et souhaitons que son exemple soit suivi dans les divers pays étrangers.

C. G.

Nous avons reçu le premier numéro d'une nouvelle publication dentaire, le *Brisish dental Journal,* qui paraît à Londres le dernier jeudi de chaque mois.

Tous nos souhaits de prospérité à notre confrère.

La publication du volume des comptes rendus des séances du Congrès Dentaire de Paris a subi différents retards indépendants de la volonté du comité de publication.

Nous espérons que son apparition aura lieu dans le courant du mois de mars.

Nous apprenons que le décès de M. Victor Simon, que nous

annoncions d'autre part, n'apportera aucun changement dans la marche de la maison de commerce qui porte son nom, cette maison étant constituée en Société.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 5 février 1898.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Présents : MM. Claser, Coignard, d'Argent, Devoucoux, Godon, Lemerle, Martinier, Paulme, Richer, Rollin, Viau.

M. Paulme donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion, qui est adopté sans observation.

M. Papot communique : 1° une lettre de M. Callouet, remerciant de la bourse qui lui a été accordée ; 2° une lettre du Dr Monnet, donnant sa démission de membre du Conseil ; 3° une lettre de M. Billet s'excusant de ne pouvoir assister à la réunion.

Il lit ensuite son rapport sur la gestion de l'*Odontologie* pendant l'année 1897.

Sur la proposition de *M. Richer*, des félicitations sont votées à l'administration du journal, et des remercîments à l'administrateur-gérant.

M. Paulme, secrétaire général, donne lecture de son rapport.

M. Rollin, trésorier, donne également lecture du sien.

Un échange d'observations a lieu entre MM. *d'Argent*, *Viau*, *Claser*, *Godon* et *Lemerle*.

M. Rollin propose la radiation des membres n'ayant pas acquitté leur cotisation.

M. d'Argent fait connaître qu'un nouveau mode de recouvrement des quittances va être mis en vigueur.

MM. *Martinier*, *Rollin* et *Papot* formulent diverses remarques.

Il est décidé que ces radiations ne seront pas proposées à l'assemblée générale et ne seront pas prononcées tant que les nouvelles quittances n'auront pas été présentées.

Les rapports de MM. Paulme et Rollin sont successivement mis aux voix et adoptés et des remerciements sont adresés aux auteurs.

M. d'Argent annonce que le Comité de rédaction a décidé d'augmenter de 600 fr., l'indemnité allouée à l'administrateur-gérant du journal. Il propose au Conseil de ratifier cette décision.

M. Richer, vice-président remplace M. Papot au fauteuil.

La proposition du Comité de rédaction est adoptée.

M. Papot reprend la présidence.

Sur la proposition de *M. Rollin*, une gratification de 50 fr. est votée pour M. Verdier, en raison d'un supplément de travail qui lui est incombé.

M. Claser donne lecture de son rapport sur le fonctionnement de la Chambre syndicale et de la Caisse de prévoyance.

Des observations sont présentées par MM. *Godon, Paulme* et *Papot*

et, sur la proposition de ce dernier, des remercîments sont votés à M. Claser.

Le rapport de M. Claser est mis aux voix et approuvé.

La séance est levée à 9 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
PAULME.

ERRATA.

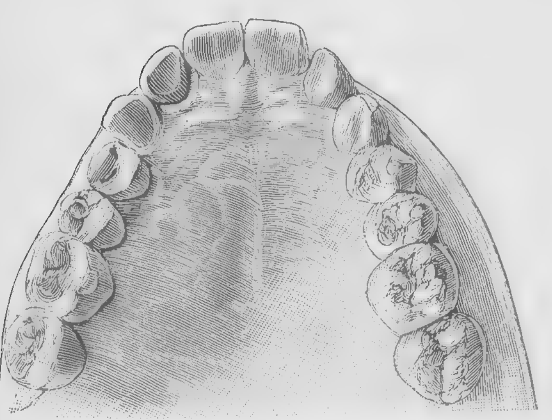
Dans le numéro du 15 février 1898, page 120, dans une nouvelle sur le *Bacillus tartricus*:

Au lieu de : « M. L. Grimbert, professeur de l'Ecole Dentaire de Paris, et *M. I. Choquet*, ont présenté à la Société d'*Odontologie* le résultat de leurs recherches,... etc. » ;

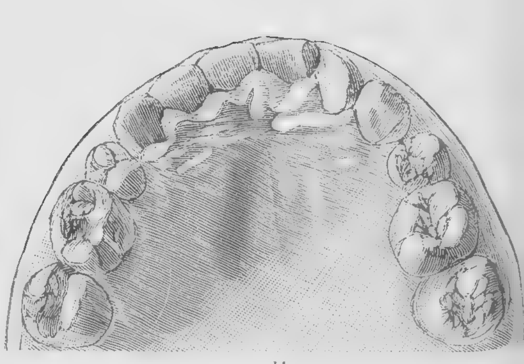
Lire : M. L. Grimbert, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, et *M. L. Ficquet*, ont présenté à la Société *de Biologie* le résultat de leurs recherches... etc. ».

E. B.

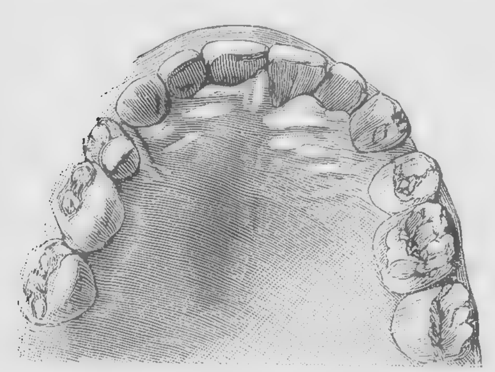
PLANCHE VIII.



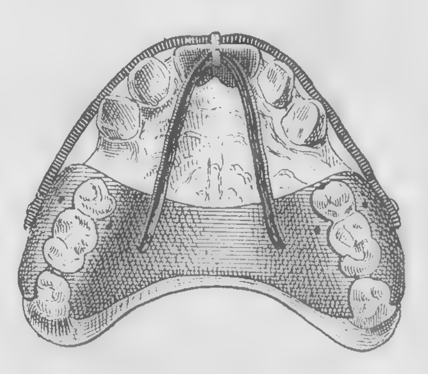
I
Modèle avant la pose de l'appareil.



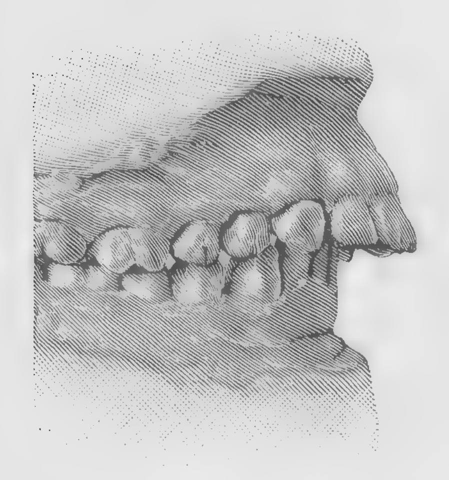
II
Modèle après l'extraction de la 1re prémolaire.
Port de l'appareil pendant 2 mois.



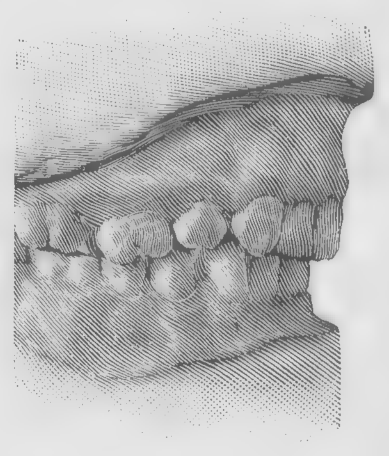
III
Redsessement terminé.



IV
Appareil en place.



V
Bouche vue de profil avant le commencement du traitement.



VI
Bouche vue de profil à la fin du traitement.

18e ANNÉE. N° 5. 15 MARS 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro donne en supplément 2 planches tirées hors texte.

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

APPAREIL A DOUBLE TRACTION POUR CORRECTION DU PROGNATHISME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Par M. P. Martinier,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès dentaire de Paris.*)

J'ai l'honneur de vous présenter un appareil fort simple, que j'emploie dans les cas de prognathisme du maxillaire supérieur, et qui m'a donné jusqu'ici d'excellents résultats. Je vous présente également les modèles reconstituant les diverses phases par lesquelles a passé le redressement de cette irrégularité. J'ai choisi un cas-type qui vous permettra de mieux vous rendre compte du travail exécuté.

Comme vous le savez, il a été imaginé un assez grand nombre d'appareils destinés à la correction de cette anomalie du maxillaire supérieur. Ils peuvent être divisés en deux grandes classes : les appareils intra-buccaux et les appareils extra-buccaux. Ces deux catégories d'appareils peuvent elles-mêmes se subdiviser en appareils exclusivement intra-buccaux à plaque ou sans plaque, etc..., et en appareils extra-buccaux combinés avec des forces prenant leur point d'appui sur le crâne.

D'une façon générale on doit préférer les appareils intra-buccaux, les autres étant toujours volumineux, encombrants, gênants, et ne pouvant, à cause de ces inconvénients, être portés que la nuit.

Les appareils intra-buccaux sans plaque doivent aussi être repoussés la plupart du temps, en raison du principe qui veut que la résistance du point d'appui des forces employées soit toujours supérieure à la résistance des organes à déplacer. Il est donc nécessaire de recourir à une plaque destinée à servir de point d'appui à la force, de façon à augmenter le plus possible la résistance. Cependant, dans des cas de projection en avant de la partie antérieure de la mâchoire supérieure, on peut employer, quand l'anomalie n'est pas très accentuée, un appareil sans plaque, composé de coiffes scellées sur les incisives centrales et réunies à des anneaux fixés aux molaires par des élastiques qui opèrent un mouvement de traction. Les appareils-types à plaques en usage jusqu'à ce jour sont généralement composés d'une plaque de vulcanite supportant soit des anneaux fixés à la face linguale de la plaque et destinés à servir d'insertion à des élastiques, pour tirer en arrière les dents antérieures déviées, soit, en outre, des moignons latéraux de vulcanite, pouvant permettre l'insertion d'une barrette métallique, terminée par une vis fixée au côté opposé à l'aide d'un écrou. En serrant l'écrou on réduit graduellement l'arc formé par l'arcade, et l'on agit ainsi par pression progressive sur les dents antérieures projetées en avant. On peut modifier cet appareil en remplaçant la vis par un simple crochet relié à un des moignons latéraux par un anneau élastique. Dans ce cas la pression est continue, au lieu d'être intermittente. Enfin on peut utiliser également la pression exercée à l'aide de deux ressorts fixés à la partie externe des deux bandeaux placés sur les grosses molaires. L'élasticité des ressorts agit sur les dents antérieures en les poussant en dedans.

N'ayant pas toujours obtenu avec ces appareils une force suffisante, j'ai imaginé l'appareil à double traction que je vous présente, qui peut fournir une force très grande et plus que suffisante pour modifier complètement la partie antérieure du maxillaire supérieur, ainsi que la direction des dents qui y sont implantées.

L'appareil se compose :

1° D'une coiffe métallique engainant les deux incisives centrales supérieures. Sur la ligne médiane, deux anses métalliques verticales, l'une antérieure, l'autre postérieure, sont soudées sur cette coiffe. Celle-ci est scellée, à l'aide de gutta-percha ou de ciment, sur les incisive centrales ; elle est donc inamovible ;

2° D'une plaque palatine en vulcanite ou en métal, qui réunit par un pont les deux groupes de molaires supérieures, en laissant

la partie antérieure du maxillaire entièrement dégagée. Cette plaque palatine est réunie par des fils métalliques à deux moignons externes gingivaux, qui s'appliquent sur la face externe des deuxièmes prémolaires, premières et deuxièmes molaires, et sur la gencive, et augmentent ainsi la rétention de l'appareil. La plaque palatine est munie de quatre attaches en forme de boutons ou crochets, deux sur la pièce palatine proprement dite, et deux sur les bandeaux gingivaux. Elle est mobile, et peut être enlevée pour le nettoyage ;

3° De deux élastiques de moyenne grosseur, qui servent habituellement à écarter les dents, et qui réunissent les deux parties de l'appareil. L'élastique externe prend son premier point d'attache au bouton du bandeau gingival gauche, par exemple, contourne la face externe des dents, passe dans l'anse antérieure de la coiffe métallique, et va rejoindre son second point d'attache sur le bandeau gingival droit. Il exerce un mouvement de pression continuel sur tout le groupe de dents à mouvoir.

L'élastique interne prend ses points d'attache postérieurs de chaque côté de la plaque palatine, et son point d'attache antérieur à l'anse postérieure de la coiffe métallique; il exerce un mouvement de traction sur les incisives centrales et, par suite, sur toutes les dents antérieures poussées par l'élastique externe, qui agit en même temps sur la partie antérieure du maxillaire. Les boutons et les anses doivent être placés de telle sorte qu'à aucun moment les élastiques ne puissent venir en contact avec la muqueuse gingivale ou palatine.

On remplace les élastiques tous les quinze jours et l'on modifie leur force en changeant soit leur grosseur, soit leur longueur. Le moyen le plus pratique pour attacher les élastiques, consiste à les perforer à leurs extrémités à l'aide de la pointe du cautère : on peut alors les fixer directement aux boutons, ou bien y attacher une anse de fil destinée à être introduite plus facilement autour du bouton.

L'appareil présente les avantages suivants :

La force peut être dirigée et modifiée avec la plus grande facilité ;

Il est peu volumineux : il ne recouvre en effet qu'une faible partie de la voûte palatine. Il est de construction et d'application extrêmement faciles.

Son nettoyage peut être fait après chaque repas ; il ne peut donc occasionner ni désordres gingivaux, ni altération des tissus dentaires.

Il ne nécessite pas de nombreuses visites au dentiste, car la force, qui est continue, est exercée pendant un laps de temps considérable.

Enfin, un seul appareil suffit pour obtenir la régularisation des dents mal placées.

A l'appui de ces avantages, voici l'observation succincte du cas qui accompagne ces modèles :

Mlle D..., *âgée de 14 ans*, présente une projection en avant très exagérée du maxillaire supérieur, compliquée, ainsi que cela arrive généralement, d'un vice d'articulation, les dents antérieures inférieures venant frapper par leur bord libre la muqueuse palatine derrière les dents antérieures supérieures. Le père de cette enfant offre une anomalie semblable, moins exagérée toutefois. La mère, dont les dents sont régulièrement placées, éprouve cependant une certaine difficulté à respirer par le nez.

L'hérédité est donc évidente, et nous constatons que des végétations adénoïdes sont parallèles à la difformité du maxillaire, par la difficulté qu'éprouve également l'enfant pour respirer, et par la forme spéciale du palais. L'intelligence est néanmoins bien développée.

A l'examen, nous décidons l'intervention immédiate.

L'empreinte est prise au plâtre, et nous confectionnons sur le modèle, des coiffes destinées à être scellées sur les prémolaires inférieures, pour surélever l'articulation. Ces coiffes, placées le 15 juin 1895, ont été portées quatre mois.

L'élongation des grosses molaires obtenues, l'articulation surélevée, le premier temps du redressement était achevé, les dents inférieures antérieures étant séparées par quelques millimètres de la muqueuse palatine. Mais les dents du maxillaire supérieur étaient très serrées, et il était indispensable d'obtenir la place nécessaire au retrait considérable que nous voulions faire subir à la partie antérieure de ce maxillaire. Nous dûmes, le 12 octobre, procéder à l'extraction des deux premières prémolaires supérieures.

L'empreinte fut prise de nouveau, et deux jours après nous posions l'appareil. Pour répondre aux lois physiologiques du redressement et déterminer en premier lieu une mobilité primitive des dents à redresser, nous ne fixâmes tout d'abord que l'élastique externe, qui ne devait exercer pendant cette première période qu'une traction légère. Cet élastique fut raccourci plusieurs fois pendant le premier mois.

Lorsque nous pensâmes que la période suivante était atteinte, que la pression continue avait déterminé la mobilité qui accompagne le processus d'ostéite raréfiante nécessaire aux modifications péri-dentaires, nous plaçâmes le deuxième élastique, c'est-à-dire l'interne. Au fur et à mesure que le travail se faisait, nous exercions notre surveillance sur les dents postérieures et antérieures, au double point de vue de leur direction et de leur articulation, et nous traitions la gingivite qui accompagne forcément toute tentative orthopédique de ce genre.

Lorsque les dents furent reculées et amenées dans la position normale, la dernière période du redressement était atteinte. Il suffisait de placer un appareil de maintien, que nous fîmes inamovible, puisqu'il devait occuper le moins de place possible et qu'il devait être gardé pendant un laps de temps très considérable, étant donné surtout l'hérédité du cas,

qui nous indiquait une tendance très grande au retour de l'irrégularité. Le 6 janvier 1896, nous posâmes un appareil, composé d'un simple fil d'or soudé à deux anneaux, fixés eux-mêmes aux grosses molaires, qui suffit à maintenir les résultats acquis. J'ajoute que pendant les six mois qu'a duré le redressement, je n'ai vu l'enfant que deux fois par mois, et que, malgré ces visites espacées, tout s'est passé régulièrement et sans aucune souffrance pour le sujet, qui a pu continuer ses études et n'a rencontré quelques difficultés que pour le chant.

J'appelle tout spécialement votre attention sur les résultats obtenus non seulement au point de vue de l'affaissement qu'a subi la partie antéro-externe du maxillaire supérieur, mais encore et surtout sur les modifications profondes et indiscutables qui ont transformé complètement la forme de la voûte palatine.

Je suis heureux de pouvoir ajouter cette contribution aux nombreuses observations déjà publiées, qui prouvent d'une facon incontestable la possibilité de modifier non seulement les irrégularités des dents et des arcades dentaires, mais encore celles des os maxillaires eux-mêmes.

UN CAS DE PROTHÈSE RESTAURATRICE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par P. Martinier,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès dentaire de Paris.*)

Les modèles et les moulages que je vous présente appartiennent au sujet G..., cultivateur, âgé de 24 ans, qui a été opéré le 17 novembre dernier d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. Deux mois après il venait à la clinique de l'Ecole pour qu'on lui confectionnât et qu'on lui posât un appareil prothétique, destiné à remplacer les parties réséquées.

Voici dans quel état il se présente à l'examen :

La face est déformée par suite de la résection des deux tiers du maxillaire inférieur, c'est-à-dire de toute la portion gauche depuis le condyle jusqu'à la canine droite incluse. Il porte une longue cicatrice qui part de la région parotidienne, au-dessous du lobe de l'oreille, et qui descend d'arrière en avant jusque vers la symphise du menton. Les brides cicatricielles sont à ce moment épaisses et très tendues, et attirent à elles la partie restante du maxillaire inférieur, de sorte que l'articulation du fragment restant est faussée. Le malade ne peut plus mastiquer ; il est obligé de se nourrir d'aliments liquides. Il perd abondamment sa salive, parle assez difficilement, et la prononciation est considérablement altérée.

Je chargeai du soin de confectionner l'appareil un élève de

troisième année, M. Lemaire, qui construisit l'appareil suivant :

1° Une cage en platine emboîte presque de toutes parts le fragment du maxillaire inférieur ; cette cage descend très bas, prenant ainsi un fort point d'appui sur le maxillaire et non sur les dents, afin de ne pas trop les fatiguer. A cette cage sont soudées deux fortes tiges en maillechort, destinées à soutenir un maxillaire artificiel, reposant lui-même sur les brides cicatricielles ;

2° Une pièce palatine en platine, à laquelle est soudée verticalement et du côté droit une plaquette également en platine, de forme à peu près rectangulaire. Cette plaquette glisse en dedans et contre une autre plaquette en caoutchouc, fixée elle-même à la cage en platine à l'aide de vis.

Ces deux plaquettes, en glissant l'une sur l'autre, sont destinées à empêcher les mouvements de latéralité et à maintenir constamment dans sa position normale le fragment du maxillaire respecté par le chirurgien, dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure.

Du côté gauche, un fort ressort à boudin, maintenu à l'aide de porte-ressorts, était destiné à distendre les brides cicatricielles autant qu'il était possible ; ce résultat a été obtenu assez facilement. Nous avons d'ailleurs, au fur et à mesure que les brides se relâchaient, ajouté une épaisseur de gutta en dessous et sur le côté externe de l'appareil inférieur, gutta-percha destinée à être remplacée par du caoutchouc noir dès que nous jugerons la restauration de la face suffisante et le patient tout à fait habitué à son appareil.

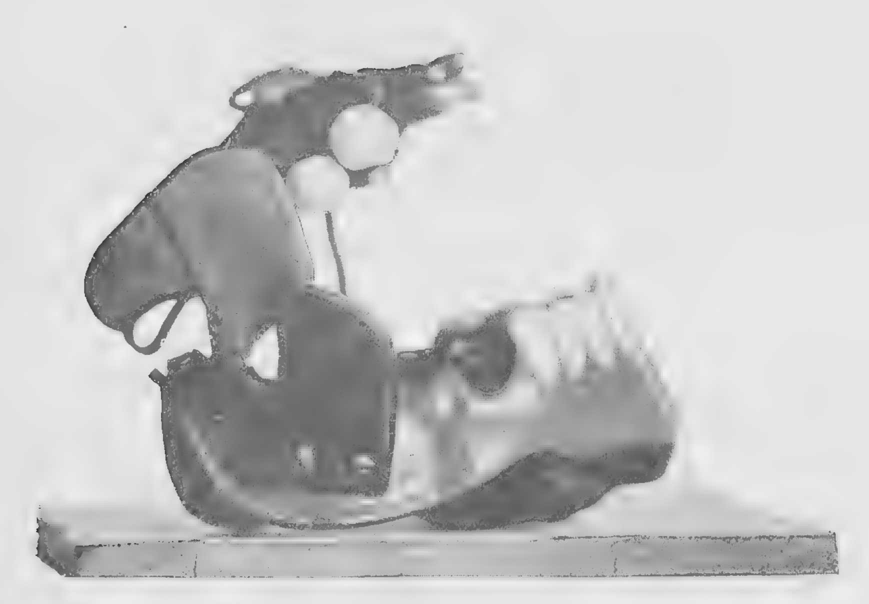
Le malade porte cet appareil depuis le 30 mars dernier et l'a, dès les premiers jours, très bien supporté. Nous n'avons à signaler qu'une seule petite ulcération derrière la première prémolaire inférieure droite, ulcération qui a persisté peu de temps.

Le 14 avril, c'est-à-dire quinze jours après la pose de l'appareil, le ressort est enlevé sans aucun inconvénient ; l'appareil est bien en place et d'une fixité absolue, le malade mange à sa guise de la viande, et affirme lui-même qu'il pense pouvoir bientôt manger du côté gauche, c'est-à-dire du côté où l'appareil repose sur des parties molles. Il ne perd plus sa salive, et parle assez distinctement.

La principale difficulté consistait à distendre les tissus cicatriciels, qui devaient supporter l'appareil, sans occasionner d'ulcérations assez sérieuses pour amener des complications. Ce résultat a été obtenu, puisque, ainsi que nous l'avons relaté plus haut, nous n'avons eu qu'une très légère ulcération buccale, assez rapidement disparue.

Nous conclurons donc en disant que, dans les appareils de restauration médicale ou tardive, il ne faut pas compter réussir tout d'un coup. L'empreinte des parties molles n'a aucune importance,

PLANCHE IX.



Appareil vu de profil.



Appareil vu de face.

car celles-ci ne peuvent pas fournir d'indications exactes. Il faut procéder prudemment et lentement, au fur et à mesure du résultat obtenu, et modifier l'appareil jusqu'à ce qu'on en fasse un qui soit définitif. Il y a forcément des tâtonnements inévitables, et l'on doit toujours redouter les déchirures des tissus cicatriciels, et les complications qui peuvent en résulter.

REDRESSEMENT IMMÉDIAT DANS LES CAS DE RÉTROVERSION.

Par M. A. Siffre,
Médecin de la Faculté de Paris,
Professeur suppléant à l'Ecole Odontotechnique.

(*Communication au Congrès dentaire de Paris.*)

Le but de la présente communication est de montrer, par une série d'observations, que les déplacements dentaires, et en particulier la rétroversion, peuvent, dans certains cas, être corrigés par une simple intervention chirurgicale, et que l'on peut obtenir par ce mode opératoire d'excellents résultats, sans craindre d'accidents infectieux.

Quoique le titre porte le mot « rétroversion », je l'abandonne dès à présent, pour le terme plus approprié, à mon avis, « articulation inverse ».

Un mot d'explication. Nous connaissons tous l'antagonisme régulier des dents, et nous savons que la partie antérieure de l'arcade dentaire inférieure est inscrite dans la partie antérieure de l'arcade supérieure, et que la face antérieure ou labiale des incisives et canines inférieures est en rapport avec la face postérieure ou palatine des incisives et canines supérieures.

Si, pour une raison quelconque, l'ordre des facteurs est changé, et que nous ayons la face antérieure ou labiale d'une dent supérieure en rapport avec la face postérieure ou linguale d'une dent inférieure, nous aurons donc une position inverse de la position normale précédemment décrite.

Il nous semble plus rationnel d'appliquer à ces déplacements dentaires le terme d'articulation inverse, car il présente l'avantage d'indiquer exactement la position qu'occupe une dent de l'arcade supérieure par rapport à une dent de l'arcade inférieure.

Dans le courant de cette communication nous ne nous servirons que du terme « articulation inverse ».

La présente communication n'ayant pour but que d'exposer un procédé opératoire appliqué à une douzaine de cas, je ferai simple-

ment l'histoire du procédé opératoire et du résultat que j'ai obtenu.

Le procédé opératoire est purement chirurgical ; la prothèse n'est pour rien dans le redressement immédiat.

Ce redressement immédiat consiste à luxer la dent dans un sens déterminé et toujours le même, pour la forcer à occuper une position telle que les rapports nouveaux entre elle et ses antagonistes soient renversés.

Le davier est le seul instrument que j'aie employé, et l'intervention n'a porté absolument que sur la dent, sans toucher à aucune autre des parties connexes, le maintien du résultat immédiat et ultérieur devant être obtenu par le nouvel antagonisme de la dent opérée.

Mais avant toute intervention il est de la plus grande importance de s'assurer que la dent à opérer passera entre les dents voisines sans torsion. Il faut que le passage existe, ou le créer par un procédé quelconque, dont nous n'avons pas à nous occuper, car les procédés d'écartement nous sont suffisamment connus pour n'en point parler ici.

Il faut se rendre compte ensuite de la position future qu'aura la dent à opérer, la consolidation acquise.

Bien entendu, il faut que la position soit bonne ; je n'insiste pas sur ce dernier point ; nous pouvons, par la simple articulation des modèles en plâtre, nous rendre compte de l'antagonisme de la dent à opérer, avant et après l'opération.

Donc, après avoir soigneusement aseptisé le champ opératoire, nous prenons un davier d'incisive supérieure et nous saisissons la dent, en insinuant les mors du davier sous la gencive sans la blesser, c'est-à-dire que le davier ne doit s'appliquer que sur l'émail.

On commencera alors la luxation de la dent de dedans en dehors, peu à peu, en poussant la dent comme pour l'enfoncer dans son alvéole, en faisant toujours effort en dehors, et jamais de dehors en dedans.

Ce temps de l'opération est le plus délicat.

Quand la dent paraît être dans la position normale par rapport à ses voisines, on se rend compte de ce qu'on vient de faire, et l'on fait serrer les dents.

Ce qui se passe alors doit être l'inverse de ce qui se passait avant l'intervention : la dent inférieure vient passer derrière la supérieure opérée ; on fait avec les mains, l'une placée sur la tête, l'autre sous la mâchoire inférieure, serrer à fond les mâchoires, et on laisse le patient se reposer.

Dix minutes après on lave avec de l'eau sublimée et on applique une mentonnière pour serrer fortement les mâchoires ; c'est tout.

Bien entendu, je fais voir aux parents et aux patients la nouvelle position de la dent et je recommande de serrer les dents de

telle sorte que la nouvelle articulation se conserve toujours en avant de la dent inférieure.

Je prescris des aliments liquides et le maintien de la mentonnière.

Lavages à l'eau boriquée, tous les quarts d'heure, et badigeonnages de la dent et de la gencive avec de la glycérine au gaïacol à 2 0/0.

Le lendemain la dent doit être dans la position qu'elle occupera désormais, et, à part une plus grande mobilité, elle ne doit présenter aucun symptôme morbide ; au choc, la douleur doit être très minime. Si la dent est revenue à son ancienne position, une légère traction en dehors la fait se placer où l'on voulait qu'elle fût, et alors, pour éviter toute complication, on la fixe avec un des nombreux procédés connus.

Dans les observations qui vont suivre je n'ai constaté aucun phénomène infectieux consécutif à l'opération.

La douleur est nulle après l'opération et n'est pas très forte quand on opère.

L'opération ne doit être faite que sur un sujet calme et consentant, car il ne faut pas avoir à lutter contre les *impedimenta* créés par le sujet.

Il faut opérer avec des instruments absolument stériles, sur un champ opératoire aussi aseptique qu'il est possible.

Si l'on peut obtenir toutes ces conditions, et on les obtient, on peut être assuré du succès.

Observations

I. — Léontine L..., 11 ans, Paris. Dispensaire de l'Espérance. Articulation inverse de l'incisive latérale supérieure droite.

26 *janvier* 1893. — Extraction de la canine de lait supérieure droite, pour permettre le passage de l'incisive à opérer.

9 *février* 1893. — Opération du redressement de l'incisive latérale.

16 *février* 1893. — Légère mobilité de la dent. Pas d'infection, pas de douleur.

23 *octobre* 1894, c'est-à-dire vingt mois après l'opération, la consolidation de la dent est maintenue, sans trace d'aucune lésion vitale de la pulpe.

Fonctions de la dent absolument normales.

II. — Blanche V..., Paris. Dispensaire de l'Espérance. Articulation inverse de l'incisive centrale, de l'incisive latérale, et saillie de la canine voisine, mâchoire supérieure.

22 *juin* 1893. — L'incisive centrale est opérée, aucune complication.

23 *mars* 1894. — L'incisive latérale est opérée en même temps que la luxation de la canine, pour la porter dans l'alvéole de la première bicuspide qui vient d'être extraite pour faire de la place. Les suites de

l'opération ont été absolument simples, et aujourd'hui, soit plus de quatre ans après, les dents opérées et l'arcade supérieure sont absolument normales.

Jusqu'à ce jour nous n'avons pas perdu de vue Blanche V..., et nous espérons pouvoir la présenter aux membres du Congrès.

III. — Flavie L..., 9 ans, Paris. Dispensaire de l'Espérance. Incisive centrale supérieure en articulation inverse.

Opération le 10 décembre 1893. Consolidation sans accident.

IV. — Marie V..., 8 ans, Paris. Dispensaire de l'Espérance. Articulation inverse de l'incisive centrale supérieure droite.

Opération le 17 décembre 1893. Consolidation sans accident.

V. — T..., 10 ans, Paris. Dispensaire de l'Espérance. Articulation inverse de l'incisive centrale supérieure gauche.

Opération le 25 juin 1893. Consolidation sans accident.

VI. — L..., à Saint-Nicolas. Incisive centrale supérieure droite en articulation inverse.

Opéré le 29 décembre 1893. Consolidation sans accident.

VII. — Edmond M..., 11 ans, à Saint-Nicolas. Incisive centrale supérieure en articulation inverse.

Opéré le 29 décembre 1893. Parfaite consolidation.

Je revois Laurent X... et Edmond M... en juillet 1894, les dents sont absolument normales.

VIII. — Louis R..., à Saint-Nicolas. Incisive centrale supérieure gauche en articulation inverse.

Opéré le 29 décembre 1893. Consolidation sans accident.

Je revois Louis R... en 1895, la dent est absolument normale.

IX. — Alice B..., 8 ans, Paris. Dispensaire de l'Espérance. Incisive centrale supérieure gauche en articulation inverse.

Opération le 24 octobre 1894.

Le 1er novembre, nous revoyons Alice B..., la dent est revenue à son ancienne position.

Une faible traction en dehors faite avec le davier la replace en bonne position, et cette fois elle y reste.

Le 15 décembre 1895, la dent est consolidée et absolument saine.

X. — Charlotte B..., 10 ans, Paris. Dispensaire de l'Espérance. Incisive latérale supérieure gauche en articulation inverse.

Opérée le 4 juillet 1896 ; la canine de lait est enlevée pour faire de la place. Consolidation parfaite.

XI. — C..., 12 ans, rue d'A..., Paris. Les deux incisives centrales en articulation inverse.

Opéré en juillet 1895. Consolidation parfaite sans accident.

XII. — Germaine P..., 10 ans, avenue d'O..., Paris. Articulation inverse de l'incisive latérale supérieure gauche.

Opérée le 11 février 1896. Consolidation parfaite sans complication.

XIII. — Louis K..., à Auteuil. Articulation inverse de l'incisive centrale supérieure gauche avec l'incisive centrale gauche inférieure.

Opéré le 28 juillet 1896.

Luxation des deux incisives inférieures et de l'incisive centrale supérieure.

Consolidation parfaite des trois dents.

Louis K... partait le lendemain en vacances, et nous le revoyons, pour la première fois après l'opération, en octobre seulement.

Aujourd'hui, résultat parfait.

Conclusion. — Sur 14 interventions j'ai obtenu 13 succès; doit-on en déduire que les insuccès n'existent pas ?

Cela me paraitrait hasardé.

On est obligé de compter avec les complications très possibles, telles que l'extraction involontaire, par un mouvement violent et imprévu du patient, ou la fracture de la couronne, etc., etc.; nous ne pouvons tout prévoir.

Cependant, avec une propreté excessive, on peut toujours intervenir sans crainte d'infection, et la date des opérations que j'ai eu l'honneur de vous énumérer prouve, par le temps écoulé depuis, que la pulpe n'a pas été lésée, ce qui est la question la plus importante dans ce genre d'intervention.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — ACCIDENTS DE LA DENTITION [1].

Par M. le Dr E. AUSSET
Chargé de la clinique des Enfants à la Faculté de Lille.

Au moment de la poussée dentaire, les gencives deviennent rouges et se tuméfient; c'est là un fait absolument physiologique. Mais dans certaines circonstances cette tuméfaction devient considérable, peut s'étendre sur des parties de la gencive où il ne se fait pas encore de poussée dentaire; les douleurs sont alors excessives, l'enfant pleure presque constamment, à peine est-il au sein qu'il l'abandonne, tant la succion est douloureuse; la salivation est extrêmement abondante.

Quelquefois quand la gingivite est intense, elle gagne de proche en proche et s'étend à la muqueuse des joues et des lèvres, pour constituer une véritable stomatite érythémateuse ou même pultacée.

Vous voyez alors toute la muqueuse buccale devenir très rouge, et la salivation augmenter dans des proportions considérables; quelquefois, mais rarement, vous observerez de la sécheresse de la bouche. Si l'enfant a déjà quelques dents, vous voyez autour de la couronne se produire un léger décollement, et se faire un petit dépôt muco-purulent dans la sertissure dentaire.

Si la stomatite est plus accentuée, si elle est pultacée, vous voyez alors un petit dépôt opalin recouvrir toute la gencive malade, dépôt que vous pourriez être tenté de prendre, à un examen superficiel, pour une fausse membrane.

Le traitement de ces accidents consistera surtout en des lavages antiseptiques et en des attouchements fréquents avec un collutoire au borax;

---

1. Extrait des *Leçons cliniques sur les Maladies des enfants* faites à l'hôpital Saint-Sauveur par M. le Dr E. Ausset. Ces leçons très intéressantes et dont nous recommandons vivement la lecture, ont été réunies en un volume qui vient de paraître chez A. Maloine, à Paris.

vous pourrez en outre donner un peu d'eau de chaux, car le milieu est presque toujours très acide dans ces cas.

C'est surtout dans ces stomatites que vous devrez vous abstenir absolument de toute intervention sanglante sur les gencives, soi-disant pour favoriser la sortie de la dent, car alors vous pourriez très aisément transformer une stomatite simple en stomatite ulcéreuse, justement pour la raison que je vous disais tout à l'heure, à savoir que vous ouvrez là une nouvelle porte à l'infection secondaire.

J'arrive maintenant aux accidents *généraux* que peut occasionner l'évolution des dents.

Ce sont, vous le comprenez, des phénomènes d'ordre réflexe, et par conséquent ils pourront se produire dans le domaine de tel ou tel grand appareil.

Vous observerez fréquemment que les enfants, au moment de la poussée dentaire, perdent l'appétit ou tout au moins ne prennent plus leur nourriture avec autant de plaisir ; c'est qu'en effet les *troubles digestifs* sont ceux que vous serez le plus souvent appelés à contater.

Et si vous avez le soin de faire peser régulièrement vos malades, vous vous apercevrez que l'enfant maigrit pendant toute cette période, il devient pâle, ses tissus perdent une partie de leur fermeté.

Voilà ce que vous observerez dans le plus grand nombre de cas; puis tout s'arrêtera là, et, une fois la dent sortie, l'enfent revient à la santé.

Mais dans certaines circonstances, les troubles digestifs vont plus loin et vous verrez apparaître de la diarrhée.

Une mère vous amène son enfant, se plaignant qu'il a la diarrhée, malgré une alimentation des plus régulières et des plus hygiéniques ; il ne vomit pas, mais le ventre est assez volumineux, sonore, mais indolore à la pression ; la langue est encore humide ; l'appétit à peu près disparu. Cet enfant a plusieurs selles par jour, qui s'accompagnent de coliques, car il pleure et se tord dans son berceau ; ses selles jaune-verdâtre, sont de temps à autre mêlées à du caséum. Il n'y a pas de fièvre.

Regardez alors la bouche de cet enfant et vous trouverez une dent en train de faire son é olution.

C'est la forme bénigne de la diarrhée purement nerveuse liée à la dentition.

Mais vous aurez certainement l'occasion d'observer des cas plus graves ; la fiève s'allume ; le visage est coloré, la soif est intense ; les coliques sont fréquentes et très douloureuses, les selles sont aussi nombreuses — la couleur verdâtre — s'accentue ou bien elles deviennent absolument glaireuses.

Vous voyez même le vomissement se joindre à cette diarrhée ; le cas est alors bien plus grave, et vous devrez y parer avec une grande énergie, sous peine de voir apparaître des accidents d'entérite cholériforme ; tout à l'heure je reviendrai sur le traitement.

Après l'appareil digestif, c'est le *système nerveux* qui a le plus à souffrir de la dentition. C'est à ce moment que vous voyez les enfants les plus dociles devenir agacés, irritables, pleurer fréquemment, mal dormir, crier sans cesse et s'agiter constamment dans leur berceau, surtout par des mouvements renversés du tronc.

Lorsque ces accidents s'aggravent, vous pouvez enfin voir apparaître les convulsions. C'est là, permettez-moi l'expression, la pierre d'achoppement de la pathologie de la dention, c'est le cauchemar de toutes les familles, qui les redoutent avec une terreur très exagérée, il faut bien le dire, et qui s'en font une idée très différente de la réalité.

Je ne veux pas, aujourd'hui, insister sur ces convulsions, mais permettez-moi cependant de vous en dire quelques mots, ne serait-ce que pour vous mettre en garde contre l'exagération du public et pour vous apprendre sommairement à discerner où est réellement le danger.

Vous savez que pendant longtemps, les convulsions, les vers et la dentition dominaient toute la pathologie de l'enfance. Mais aujourd'hui les progrès de l'anatomie pathologique nous ont permis de mettre toutes choses en leur place, et nous avons appris à distinguer, parmi les convulsions, celles dues à des lésions des centres nerveux et celles résultant d'actions réflexes.

C'est dans cette dernière classe qu'il faut ranger les convulsions que vous pourrez observer pendant l'évolution dentaire.

Elles sont partielles ou générales, et le tableau clinique que vous observerez est en tous points semblable à celui des convulsions tenant à d'autres causes.

Le plus habituellement une ou deux crises se manifestent, et tout rentre dans l'ordre ; l'enfant tombe dans la somnolence, et le lendemain il est guéri. Ces convulsions dues à la dentition sont en effet ordinairement d'un caractère bénin, et n'entraînent pas la mort du malade. Toutefois lorsque, par suite de complications, une issue fatale se produit, on peut se convaincre par l'autopsie qu'il n'existe aucune lésion des méninges ni du cerveau.

En dehors des convulsions, le retentissement de l'évolution dentaire peut se traduire par de la congestion cérébrale. Vous voyez alors vos malades en proie à une fièvre très vive, très agités, privés de sommeil, et, lorsqu'ils parviennent à s'endormir, se réveiller en sursaut ; en même temps il existe des vomissements, et la fontanelle antérieure est très tendue.

Dans d'autres circonstances, la congestion cérébrale se traduit par une somnolence presque continue.

Enfin, dans des cas plus graves, vous pourrez vous en laisser imposer dans votre diagnostic et prendre pour une méningite tuberculeuse ce qui n'est en réalité qu'une excitation énergique de l'écorce cérébrale ; vous avez le tableau d'une véritable méningite, alors que ce n'est que la pseudo-méningite du méningisme, suivant l'heureuse appellation de Dupré (Congrès de Lyon, 1894). Prenez bien garde, quand vous allez porter le diagnostic de méningite tuberculeuse ; songez combien est terrible ce mot, combien en est épouvantable la signification pronostique ; toutes les familles la connaissent, et on vous pardonnerait difficilement d'avoir jeté l'alarme, d'avoir désespéré inutilement de malheureux parents, à qui vous auriez fait croire pendant quelques jours que le meilleur de leur vie allait leur être enlevé.

J'ai sans cesse présent à la mémoire un fait semblable qui s'est passé dans ma pratique au courant de l'année 1893.

Un de mes confrères vint un jour me prier d'aller voir avec lui la petite fille d'un officier, qu'il me disait être atteinte de méningite tuberculeuse ; il venait me chercher, me dit-il, pour faire plaisir aux parents, et aussi pour ne pas assumer à lui seul la responsabilité d'une mort qui lui semblait certaine.

Je trouvai en effet une enfant de 20 mois présentant tous les signes de méningite tuberculeuse ; mais je dois vous avouer que je fus surpris de deux choses : du début brusque de l'affection et de la diarrhée persistante.

L'enfant était tombée malade presque sans prodromes, la diarrhée ne l'avait pas quittée depuis le début de sa maladie qui datait, lorsque je la vis, de six jours.

Le père était de mes amis, et, ayant moi-même des enfants, j'avais le cœur atrocement serré d'être obligé de lui confirmer le terrible diagnostic ; aussi j'hésitais, je tâtonnais, je cherchais partout une porte de sortie, me donnant à moi-même de mauvaises raisons, et de bonnes aussi, ces dernières consistant surtout dans la diarrhée et l'évolution rapide des accidents. L'idée me vint de regarder la bouche de l'enfant, et je trouvai la gencive inférieure très tuméfiée, vivement enflammée ; une petite molaire était près de sortir.

J'avais alors la clef de cette soi-disant méningite, et il me fallait bien annoncer aux parents l'heureuse nouvelle qui détruisait le diagnostic de mon confrère.

Tout en faisant quelques réserves, j'émis l'idée qu'il n'y avait que congestion méningée, excitation cérébrale, due à l'évolution des dents, et la suite des faits me donna raison.

L'enfant était guérie quatre jours après.

Ce cas, qui est loin d'être rare dans la pratique (beaucoup de méningites guéries se rattachent, je le crois, à des erreurs analogues), vous démontre bien de quelle circonspection vous devrez toujours user en face du tableau clinique de la méningite.

Vous observerez souvent, sur la peau des enfants qui font des dents, des éruptions de diverses ordres, surtout des éruptions eczémateuses ou impétigineuses, ou même de simples érythèmes ; non seulement vous les rencontrerez sur la peau du tronc et des membres, mais aussi sur la tête et sur le visage ; on les a qualifiées de *feux de dents*. Je ne partage pas sur ce point l'avis de M. Baumel, de Montpellier, qui voit un rapport très étroit de cause à effet entre la production de ces éruptions et l'évolution dentaire ; je crains que le plus souvent il n'y ait là qu'une coïncidence ; car j'ai vu souvent ces éruptions apparaître à un moment où il n'y avait pas de trace de poussée dentaire. Peut-être l'évolution de la dent prépare-t-elle le terrain ? Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce rôle prédisposant de la dentition.

Il me reste maintenant à vous dire deux mots des accidents pulmonaires.

Les enfants qui font des dents ont assez souvent une toux nerveuse, sèche, presque quinteuse, et qui ne correspond à aucun phénomène d'auscultation. Dans certaines circonstances, et particulièrement chez les malingres, chez les rachitiques, l'évolution dentaire peut donner naissance à des accidents graves, tels que le spasme de la glotte et la laryngite striduleuse. Donc quand vous vous trouverez en face d'enfants atteints d'une de ces deux affections, recherchez toujours s'il n'existe pas de poussée dentaire, et ce n'est qu'après cette constatation faite, que vous pourrez porter un diagnostic étiologique ferme, dont votre thérapeuthique retirera grand bénéfice.

Vous verrez parfois des enfants qui, à la sortie de chaque dent, présentent tous les signes d'un catarrhe bronchique, pouvant même atteindre un certain degré d'intensité. Evidemment il y a là le résultat d'un acte réflexe partant du trijumeau pour aller au pneumo-gastrique, mais je crois qu'il y a surtout un rôle d'imminence morbide créée par l'évolution dentaire, et que le poumon des enfants est plus susceptible à ce moment qu'à tout autre de se laisser infecter.

(*Journ. de cliniq. et de thérap. infant.*)

II. — INFLUENCE DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA CONFIGURATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ET DE LA CLOISON NASALE [1].

Par J.-W. GLEITSMANN.

A mon avis, ce sujet n'a pas été l'objet de l'attention qu'il mérite, et bien que je n'apporte aucune idée originale, je traite la question pour deux raisons : l'appréciation exacte de cet état et de ses conséquences influencera souvent notre action, qui sera retardée, au grand détriment des malades. Bien que dès 1876 Michel ait abordé ce sujet et que feu Jarvis s'en soit occupé en 1885, l'étude de cette anomalie s'est développée avec une lenteur extraordinaire. A peu d'exceptions près, les traités spéciaux ne lui consacrent que quelques lignes, ou la passent complètement sous silence. Le récent manuel en cours de publication sous la direction de Heymann, contient un article sur les déviations de la cloison, où V. Lange fait observer que l'élévation du palais exerce une influence désastreuse sur le septum nasal. Contrairement à cette assertion, notre collègue Delavan a rapporté à l'Association laryngologique américaine en 1887 qu'un signe diagnostique habituel de la respiration buccale est une voûte palatine très voûtée, étroite, associée aux déviations de la cloison.

Pour mieux démontrer les modifications provoquées par les végétations adénoïdes, il faut analyser brièvement quelques autres conditions responsables de la production du développement normal du palais et du maxillaire supérieur. Jarvis, avec son esprit instinctif, reconnut très correctement l'association d'un palais élevé et étroit avec un septum dévié.

Ayant observé ce fait sur plusieurs membres d'une même famille, il conclut à une manifestation héréditaire. Quoique l'influence congénitale de certains types de nez sur la configuration du visage ne puisse être déniée, elle ne joue qu'un rôle secondaire; et ce facteur peut même être mis hors de cause, étant donné l'obstruction fréquente des voies rétro-nasales chez les enfants de la même famille. C'est surtout quelques années après la naissance que se montrent les anomalies de développement. Le même auteur réfute très justement l'influence de la scrofule et du rachitisme, quoique dans un récent mémoire on ait imputé à l'influence de cette dernière des malformations du maxillaire supérieur. Les lésions rachitiques se manifestent ordinairement dans la première enfance, et plus souvent sur le maxillaire inférieur qu'à la partie supérieure. Finalement ces mêmes accidents peuvent être dus à l'occlusion des choanes; mais aussi dans ce cas, nous remarquons une différence dans la forme du maxillaire, que l'on signalera ultérieurement.

Tout d'abord mon attention se porta sur une arcade palatine élevée en rapport avec des anomalies dentaires chez un enfant de 7 ans, auquel deux ans auparavant un confrère avait enlevé des végétations adénoïdes. Les parents de l'enfant étaient très soucieux de sa santé, et s'en occupaient avec beaucoup de soin. L'opération amena du soulagement en rétablissant la respiration nasale ; mais l'amélioration fut de courte durée, et environ un an avant que je visse le malade, les troubles reparurent, et l'enfant se trouva dans le même état qu'avant la première opération. Je retirai facilement les tumeurs sous l'anesthésie, à l'aide des pinces rétro-nasales. Mais alors je vis ce que les parents

1. Communication à la section de Laryngologie de l'Académie de Médecine de New-York, 28 avril 1897.

avaient déjà observé, que la voûte palatine était exceptionnellement élevée ; le maxillaire supérieur en forme de V dessinait un angle droit, au lieu d'être recourbé, et les dents étaient si mal plantées, que l'espace leur manquait et que deux incisives tenaient la place d'une seule. A cette époque j'ignorais les recherches de Kœrner et je cherchai en vain l'explication de cette anomalie chez un si jeune enfant. J'avais rarement rencontré ce genre de malformation parmi les enfants, tandis que fréquemment la déviation de la cloison s'accompagnait de l'élévation du palais. Il semble que ces anomalies maxillaires et dentaires soient moins rares sur le continent qu'en Amérique, probablement parce que nous n'y avons pas fait grande attention, et peut-être aussi parce que l'on est plus habitué chez nous à conduire les enfants atteints de catarrhe à une des nombreuses cliniques où des spécialistes sont toujours prêts à opérer les végétations adénoïdes. L'ablation précoce peut ainsi influer sur la rareté de ces malformations.

Nous analyserons maintenant plus à fond les anomalies dépendant des végétations adénoïdes. Kœrner et après lui Waldow, dont je suivrai ici les plans, ont fait des examens très approfondis sur le cadavre et sur le vivant, avec les résultats suivants : Kœrner a, le premier, signalé deux sortes de configuration maxillaire, dépendant de la présence des végétations adénoïdes, avant ou après la seconde dentition.

Lorsque la respiration nasale est entravée pendant longtemps chez un enfant qui grandit, par les végétations adénoïdes, le palais s'élève et affecte la forme d'un dôme, au lieu d'une ligne courbe. Le bord alvéolaire, qui normalement ressemble à un hémicycle, forme alors une ellipse, et les parois latérales se rapprochent. Par conséquent, l'axe antéro-postérieur s'allonge, tandis que la partie latérale se rétrécit, mais antérieurement on n'observe ni angle ni courbe. Le développement du maxillaire semble retardé, mais les dents de lait sont plantées normalement. Tels sont les faits observés par les susdits auteurs chez les adénoïdiens avant la seconde dentition et dans des cas d'occlusion des choanes. Leurs assertions sont basées sur des observations faites sur des sujets vivants, mais ils n'expliquent pas d'une manière satisfaisante pourquoi les formes les plus graves n'apparaissent pas dans les occlusions des choanes persistant après la dentition. Donc, l'assertion selon laquelle les tumeurs adénoïdes provoquent des modifications de la substance osseuse, surtout du maxillaire supérieur, me semble être une simple hypothèse. Je me rappelle seulement un cas d'occlusion des choanes chez un enfant observé un certain temps avant que mon attention fût attirée sur ce sujet.

Les modifications du maxillaire sont bien plus prononcées et plus importantes après la seconde dentition, lorsque les végétations adénoïdes n'ont pas été enlevées. Les alvéoles se rapprochent davantage, le palais s'élève, et parfois, au lieu de former un dôme, il ressemble à un arc pointu. La portion antérieure de l'alvéole incline à prendre la position verticale, s'abaisse en avant, forme un angle à la jointure médiane, et le maxillaire revêt l'aspect en V si connu des dentistes. Ces changements d'aspect du maxillaire supérieur influencent notablement l'implantation des dents.

Les incisives médianes tournent sur leur axe, et les surfaces linguales s'opposent les unes aux autres. La situation des autres dents dépend surtout de la forme du maxillaire. Si l'obstruction nasale s'est manifestée peu de temps avant la seconde dentition, le maxillaire conserve ses dimensions normales, et les dents ne bougent pas. Mais si le développement de l'os est retardé, les dents n'ont plus assez d'espace et sont

chassées de leurs positions naturelles. Les incisives latérales sont repoussées à l'intérieur, de même que les biscupides, tandis que généralement les molaires sont dirigées en avant. Quand le maxillaire inférieur n'est pas atteint, il arrive souvent que les angles externes des biscupides supérieures pénètrent dans l'angle interne des biscupides du maxillaire inférieur.

Une conséquence de l'élongation de l'axe antéro-postérieur du maxillaire supérieur et de la position oblique des incisives, est parfois l'impossibilité du rapprochement des dents des deux maxillaires antérieurement, les incisives supérieures dépassant celles du bas, et les dents supérieures tombant rapidement l'une sur l'autre. La forme en V du maxillaire supérieur et les anomalies dentaires qui en résultent, sont familières aux dentistes depuis de longues années, et ils ont eu recours à des moyens ingénieux pour corriger ces déformations. Cette partie du sujet ne faisant pas partie de mon plan, je ne m'étendrai pas sur les détails, et dirigerai mon attention sur l'influence de ces anomalies sur la cloison nasale.

Actuellement l'existence d'un palais élevé et étroit associé à la déviation du septum est généralement admise par les auteurs. La cloison doit servir de soutien, dégager le maxillaire supérieur de la base du crâne, et lorsqu'elle est dépassée par la voûte palatine, elle ne résiste pas longtemps à la pression et se dévie (Delavan). On sait que les déviations sont très rares avant la septième année, et Kœrner n'en a jamais vu avant la seconde dentition, tandis qu'il en existait toujours après cette période. Si ces idées et les conclusions qui en découlent sont acceptées, on admettra que les végétations adénoïdes jouent un rôle important dans l'étiologie des déviations de la cloison, et ont une grande valeur étiologique.

Avant de terminer, j'expliquerai le développement de ces anomalies. Les auteurs ont mis en avant deux raisons qui me semblent rationnelles. Quand la respiration nasale est entravée, le développement nasal est retardé, de même que celui des autres organes qui s'y rapportent. Les fosses nasales se rétrécissent et le palais s'élève. On a observé ce fait dans l'hypertrophie des amygdales pharyngées, nécessitant la respiration buccale, avant la découverte de Wilhelm Meyer; mais, vu la coïncidence fréquente des deux affections, les tumeurs adénoïdes sont certainement la cause étiologique réelle.

Le second facteur, à mon avis le plus important, est la pression latérale exercée par les joues sur les maxillaires quand la bouche est ouverte. Déjà avant la dentition, cette pression provoque un rétrécissement et une élongation du processus alvéolaire chez les personnes respirant longuement par la bouche. Quand les dents deviennent définitives, cet effet est plus accusé. Durant cette période, l'alvéole se rapproche, le maxillaire s'allonge dans son axe longitudinal et se courbe à sa jointure antérieure, d'où il résulte que le palais s'élève, et que la forme en V du maxillaire est plus prononcée. Tandis que ces changements se produisent pour le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur conserve sa forme naturelle. Lorsque la bouche est fermée, la langue remplit la cavité buccale et touche les dents, les alvéoles et le palais. Dans cette position, elle exerce une pression sur la paroi latérale du maxillaire et contre les joues. Quand la bouche est ouverte, la langue est contre le maxillaire inférieur et n'exerce nulle pression sur le maxillaire supérieur. Pour expliquer l'influence de la pression des joues sur le maxillaire supérieur pendant la dentition, Kœrner affirme que le maxillaire perd sa fermeté par la chute des dents de lait, et s'amollit par le flux

sanguin se produisant lors du développement des dents définitives. Le développement rapide des modifications semble favorisé par la faiblesse de jonction antérieure du maxillaire, qui pousse à la configuration en V du maxillaire supérieur.

Si je n'ai pas réussi à prouver des faits, j'espère avoir démontré la nécessité de l'ablation précoce des végétations adénoïdes pour éviter les conséquences désagréables que nous avons décrites. A mon avis, le sujet est important et mérite d'être étudié.

(Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

III. — Plaques leucoplasiques de la langue chez une malade atteinte autrefois de lupus.

Par M. du Castel.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été atteinte d'un lupus du nez et du voile du palais, dont j'ai pu obtenir, il y a quelques années, la guérison sans trop grande difficulté. Vous pouvez voir les cicatrices de l'extrémité du nez et du voile du palais qui ont succédé à l'affection ancienne. Dans ces derniers temps, cette jeune fille a vu se développer à la face inférieure de la langue deux plaques blanchâtres : l'une siège vers la pointe et a le volume d'un gros grain de chènevis : l'autre est située un peu plus en arrière ; sa forme est allongée d'avant en arrière ; son diamètre antéro-postérieur mesure deux centimètres environ ; son diamètre transverse quatre ou cinq millimètres. Ces plaques sont légèrement surélevées, sèches, granuleuses. La malade nie tout antécédent syphilitique, et il est impossible de relever chez elle aucune lésion de syphilis. Faut-il, dans ces conditions, admettre que nous sommes en présence d'un réveil du lupus dans une localisation et sous une forme insolite? La biopsie n'ayant pas encore été faite, je ne puis vous dire ce que le microscope nous apprendra ; j'ai voulu vous montrer la lésion avant qu'elle soit altérée par les manœuvres opératoires.

M. Brocq. — Je suis très heureux de la communication que vient de faire M. le Dr du Castel, car j'ai vu des cas analogues à celui qu'il vient de nous présenter, et je n'ai pu leur donner d'étiquette précise.

Le plus éloigné en date dont je me souvienne est celui d'un homme d'une cinquantaine d'années qui présentait sur la partie latérale gauche de la langue une lésion bien limitée, constituée par des points blanchâtres et par un peu d'exagération de papilles, sans la moindre induration. Il m'était envoyé comme ayant un épithélioma ; je ne pus confirmer ce diagnostic, car je ne trouvais pas l'induration caractéristique ; mais il me fut impossible de formuler une opinion précise ; le malade fut opéré.

Tout récemment, à Broca, j'ai longuement observé une ancienne syphilitique, atteinte, disait-on, de deux plaques muqueuses rebelles de la langue, et soignée depuis trois mois sans aucun succès pour ces lésions. C'était absolument la même affection que celle de la malade qui vous est présentée aujourd'hui. Elles consistaient en plaques blanches ovalaires d'un centimètre de grand axe environ sur six ou sept millimètres de petit axe, nettement limitées, d'un blanc assez mat, manifestement constituées par le groupement de petits éléments blanchâtres, arrondis, de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle, à peu près indolents, faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la muqueuse linguale, sans réaction inflammatoire périphérique : ils siégeaient sur le bord gauche de la langue ; ces plaques ne présentaient

pas de dépression centrale et étaient absolument fixes. M. le Dr Veillon a essayé de cultiver le produit du grattage de ces lésions; il n'a trouvé que les microbes banals de la cavité buccale. Le traitement anti-syphilitique même intensif est resté sans le moindre effet. Par contre, dès qu'on l'eut cessé, des soins antiseptiques de la cavité buccale et des attouchements fréquents à l'acide chromique amenèrent la disparition de ces lésions en trois semaines.

En ce moment même j'observe à la consultation de l'hôpital Pascal une femme qui présente des lésions de la langue à peu près analogues, quoiqu'elles me paraissent constituer une autre variété; aussi n'en dirai-je que quelques mots, me réservant d'y revenir plus tard, quand les études bactériologiques, cliniques et thérapeutiques que nous faisons de ce cas, que nous avons fait mouler, seront assez avancées. Chez ce dernier sujet les lésions du bord de la langue sont plus diffuses, moins groupées en plaques, moins fixes, mais constituées aussi par les mêmes grains blanchâtres.

En somme, il nous semble que nos deux premiers malades et celui de M. le Dr du Castel constituent un type morbide net: c'est une affection spéciale de la langue non encore décrite et bien différente des leucoplasies vraies, du lichen ruber plan, de la glossite exfoliatrice marginée et des plaques muqueuses. Il reste à en déterminer la nature, ce que nous regrettons de n'avoir pu faire, et ce qui nous a empêché jusqu'ici de publier nos observations.

IV. — Langue géographique et gommes syphilitiques du pharynx.

Par M. du Castel.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est une femme de 25 ans, de forte constitution, atteinte de deux lésions dont la parenté a été autrefois le sujet de discussions assez vives: une glossite en aires et une syphilis gommeuse du pharynx. Comme vous pourrez le voir, la langue est très nettement atteinte de l'altération dite géographique, et en même temps le voile du palais est le siège d'une infiltration gommeuse en nappe avec ulcérations multiples, avec destruction de la luette; il y a aussi une ulcération gommeuse sur la paroi postérieure du pharynx. Y a-t-il quelque corrélation entre le développement de ces deux lésions, ou leur coïncidence est-elle fortuite? Aurait-elle pu servir d'argument aux auteurs qui voulaient autrefois que la langue géographique fût une manifestation de l'hérédo-syphilis? Il faudrait, pour interpréter dans ce sens la coïncidence des deux lésions, que notre malade fût une hérédo-syphilitique: or, cette femme, solidement plantée, ne présente en aucune façon le développement chétif, les stigmates de l'hérédo-syphilis. Les deux incisives médianes offrent, il est vrai, deux encoches morbides très accusées; mais ce n'est pas là le type caractéristique de la dent en croissant d'Hutchinson. La malade a souffert dans sa première enfance, elle a eu des convulsions, nous ne savons au juste pourquoi; mais ces accidents du premier âge suffisent à motiver l'altération de développement des dents, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'intervention d'une syphilis héréditaire qui n'aurait laissé ni déformation du nez ni altérations de la cornée. Du reste, la malade a eu, il y a cinq ans, des plaques muqueuses vulvaires abondantes, et à cette époque notre collègue, M. Barthélemy, lui a fait suivre un traitement mercuriel. Il semble donc que les accidents pharyngés actuels soient le résultat d'une syphilis dont notre collègue Barthélemy a vu les débuts. La glossite

exfoliatrice remonterait à l'enfance, et ne peut en tout cas être attribuée à une syphilis de date récente. Aussi me paraît-il naturel d'admettre jusqu'à nouvel ordre que notre malade n'est pas une hérédo-syphilitique, qu'elle a contracté la syphilis, il y a quelques années, et que depuis son enfance (c'est elle-même qui le déclare) elle est porteur d'une glossite exfoliatrice en aires dont la nature n'est nullement syphilitique.

(*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, mai 97.)

V. — Tumeur sanguine du plancher de la bouche chez un nouveau-né.

M. *Fieux* présente un enfant porteur, au niveau du plancher buccal, d'une grosse tumeur violacée, qui refoule la langue vers la voûte palatine. Cet enfant est né, il y a vingt-quatre heures, d'une mère dont l'utérus bicorne renfermait un fœtus en présentation de l'épaule. Les tentatives de réduction par manœuvres externes furent vaines, et l'accouchement dut être terminé par une version podalique. La tête de l'enfant est volumineuse (bipariétal 105 millimètres) et le dégagement nécessita de vigoureuses tractions sur le maxillaire, avec deux doigts introduits dans la bouche.

Celle-ci, examinée après la naissance, ne présentait rien d'anormal. Le lendemain, à huit heures, la mère attira notre attention sur la tuméfaction que l'on peut constater. Elle occupe tout le plancher buccal, est rouge, violacée, pâteuse, ne change pas de volume avec les cris du nouveau-né.

M. Fieux pense devoir écarter le diagnostic de grenouillette congénitale. Il n'est pas probable non plus que l'on ait affaire à une de ces tumeurs érectiles que Dolbeau a décrites sous le nom de grenouillettes sanguines.

Les conditions dans lesquelles cette tumeur a apparu rendent bien plus plausible l'idée d'un hématome du plancher de la bouche. Le traumatisme nécessité par l'extraction un peu laborieuse de la tête aura décollé la muqueuse des plans sous-jacents, rupturé quelques petits vaisseaux et déterminé la collection sanguine. Il pense que le pronostic est évidemment bénin et que le traitement doit se borner à l'entretien de la propreté de la bouche.

(*Gaz. des Hôpitaux de Toulouse*, 29 janv. 1898.)

VI. — Action de la salive sur les microbes.

M. *Triolo* a étudié l'action de la salive simple et de la salive mixte sur différentes variétés de microbes. Après avoir désinfecté la bouche de façon à avoir une salive à peu près stérile, il recueillait la salive totale excrétée, qu'il filtrait immédiatement. Pour se procurer des échantillons des diverses salives, il introduisait dans les canaux excréteurs des glandes des canules stérilisées.

Les résultats que M. Triolo obtient sont quelque peu en contradiction avec ceux jusqu'ici observés sur l'action bactéricide de la salive, contradiction qui doit tenir aux moyens employés.

La salive filtrée n'exerce aucun pouvoir bactéricide ; la salive mixte, fraîche, non filtrée, tue quelques variétés microbiennes cultivées depuis cinq jours (staphylocoque doré, bactéries aériennes, bacille d'Eberth, etc.) : elle ne fait que réduire le nombre des microbes cultivés depuis dix-huit heures.

Il n'y a pas de différence notable entre la salive de la glande parodide et celle de la sous-maxillaire. La principale action de la salive mixte

doit être attribuée, suivant l'auteur, à la sécrétion des glandes munipares surtout.

(*Lyon méd.* et *Revue médicale.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

CONGRÈS D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE MADRID

Nous avons annoncé qu'un Congrès d'hygiène et de démographie se tiendra à Madrid au mois d'avril prochain, et ajouté qu'il sera accompagné d'un Congrès dentaire (*Asemblea dental*), placé sous le patronage du ministre de l'Instruction publique.

Nous complétons aujourd'hui cette indication par les renseignements suivants, qu'a bien voulu nous adresser notre excellent confrère M. Florestan Aguilar.

Voyages.

Les Compagnies espagnoles de chemins de fer et la Compagnie Transatlantique espagnole accordent aux congressistes une réduction de 50 0/0 sur le prix des voyages. Les Compagnies étrangères de chemins de fer feront sans doute aussi une réduction sur le prix des billets; mais comme ces concessions ne sont pas encore fixées, le Comité d'organisation du Congrès les fera connaître par la suite.

Fêtes.

Le programme des fêtes qui seront organisées en l'honneur des congressistes sera publié ultérieurement. On peut annoncer dès à présent qu'elles comprendront la réception des membres du Congrès au palais royal par Leurs Majestés, une réception et un banquet à l'hôtel de ville par la municipalité de Madrid; une fête offerte par la députation provinciale (peut-être un combat de taureaux); une représentation de gala dans un théâtre; un banquet offert par le ministre de l'Intérieur aux délégués étrangers, etc., etc. En outre, le Comité exécutif du Congrès dentaire prépare un banquet, une excursion à la campagne, et d'autres distractions. En même temps que le Congrès international d'hygiène et de démographie, auront lieu à Madrid une exposition de médecine et d'hygiène, une exposition de peinture et de sculpture, organisée par le Cercle des Beaux Arts, et une exposition des industries nationales. La carte de congressiste permettra de visiter gratuitement les Musées et les édifices publics.

Excursions.

Pour que les étrangers puissent visiter quelques localités intéressantes, on prépare des excursions à Grenade, Tolède et l'Escurial.

Comité de dames.

Le comité organisateur du Congrès d'hygiène a chargé le ministre de l'Intérieur de former un comité de dames, chargées d'assister les dames qui accompagneront les congressistes, pour que, pendant les travaux, celles-ci puissent profiter des fêtes et spectacles.

Hôtels.

La commission exécutive du Congrès prépare des logements pour les dentistes qui viendront à Madrid, et, si c'est possible, un des hôtels de cette ville sera exclusivement réservé à ceux qui avertiront d'avance le Secrétariat. A leur arrivée à Madrid, les voyageurs recevront, comme souvenir du Congrès, un guide illustré de Madrid, en espagnol ou en français, contenant tous les renseignement dont ils auront besoin.

Bureau d'informations.

Pour fournir aux membres du Congrès les indications qui leur seront nécessaires et leur faciliter leur correspondance, le Secrétaire établira un bureau d'informations dans le local où auront lieu les cliniques, bureau tenu par des employés parlant l'espagnol, le français et l'anglais.

Cliniques.

Des cliniques auront lieu le matin pendant les trois jours que durera le Congrès ; MM. les dentistes pourront y faire des démonstions pratiques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 20 janvier.

NETTOYAGE DE LA BOUCHE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Batzevitch. — Chez les nouveau-nés il y a un écoulement de mucus par le nez et la bouche pendant le travail même. L'écoulement augmente pendant les contractions utérines et les efforts d'expulsion par la parturiente, il cesse dans l'intervalle des contractions. Ne serait-il pas plus rationnel de débarrasser la bouche du nouveau-né du mucus pendant le travail même, et de ne pas attendre l'expulsion complète du fœtus ? Cette pratique n'a jamais été proposée. C'est pourquoi j'ai commencé par des expériences sur le cadavre. Une décoction d'amidon de la consistance du mucus buccal est introduite dans la bouche : à l'autopsie, on ne trouve aucune trace de la décoction dans la trachée. Si, au contraire, dans les mêmes conditions, le thorax du cadavre a été fortement comprimé au préalable, on retrouve l'amidon dans la trachée et même dans les poumons. Il résulte de ces expériences que la compression de la cage thoracique du fœtus pendant le travail favorise la pénétration du mucus buccal dans les voies respiratoires supérieures : d'où asphyxie et naissance d'un fœtus à l'état de mort apparente. Il faut donc faire le nettoyage de la bouche avant l'expulsion du fœtus, pendant qu'il se présente à la vulve. J'ai appliqué cette méthode pen-

dant cinq ans à la Maternité, et je n'ai pu que m'en féliciter ; depuis cette époque, les cas d'asphyxie ont beaucoup diminué, et je n'ai jamais observé de cas d'asphyxie grave.

MAUX DE DENTS CAUSÉS PAR LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

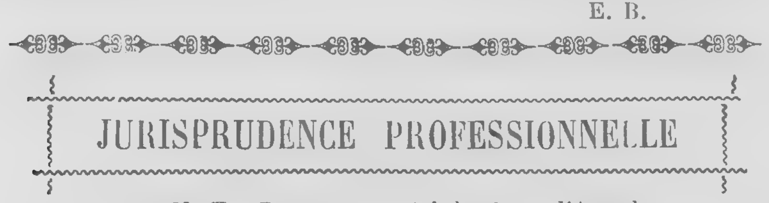
Un patient s'est présenté chez le Dr Ronaï, de Budapesth, pour se faire traiter plusieurs dents.

Pendant l'opération il se plaignit d'une douleur aiguë dans la 2e molaire inférieure droite, dont la pulpe avait été dévitalisée cinq ans auparavant, et dont les canaux radiculaires avaient été convenablement obturés. Cette dent était affectée de périostite. Le Dr Ronaï prescrivit des applications de teinture d'iode sur la gencive.

Le patient éprouva un soulagement complet, et le 3e jour la douleur reparut. Des badigeonnages répétés d'iode eurent le même résultat, la douleur reparaissait exactement le 3e jour et persistait six heures environ.

Le Dr Ronaï conclut alors qu'il s'agissait d'une espèce particulière de fièvre intermittente, il prescrivit la quinine qui soulagea le patient d'une façon plus complète. (*Zanärztliche Rundschau.*)

E. B.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. EM. ROGER, avocat à la Cour d'Appel.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LILLE

Présidence de M. Dassonville.

Audience du 27 janvier 1898.

DENTISTES. — ASSOCIÉ EN NOM COLLECTIF AVANT 1892. — ASSOCIÉ SECONDAIRE. — PATENTE (NON). — AUTORISATION D'EXERCER.

Le dentiste associé secondaire d'une société en nom collectif constituée antérieurement au 1er janvier 1892 et dont l'existence est certaine par la publicité qu'elle a reçue avant cette date, peut être autorisé à exercer transitoirement la profession de dentiste.

Il suffit, mais il faut que la possession d'état de dentiste, invoquée comme titre à l'exercice, repose sur des pièces et documents incontestables, rigoureusement vérifiés et contrôlés par le magistrat.

Ainsi devrait être considérée comme inefficace même la patente *prise avant le 1er janvier* 1892, *s'il est démontré par l'examen des faits qu'elle n'a pu être prise que frauduleusement et pour faire échec aux dispositions de la loi du* 30 *novembre* 1892 (*Sur ces deux derniers points, voir la note qui suit*).

N...

N... n'a pas obtenu le diplôme de chirurgien-dentiste. Il s'installe cependant comme dentiste à R... Plainte est portée contre lui pour exercice illégal de l'art dentaire. Il répond : « Je n'ai point de diplôme, je ne puis exciper d'une patente prise à mon nom avant

le 1er janvier 1892 ; mais je faisais partie dès 1889 d'une société en nom collectif formée avec ma mère pour l'exploitation d'un cabinet. Je justifie de l'existence de cette société par des correspondances portant le timbre de la poste, par des médailles obtenues aux expositions, des journaux contenant des réclames, insertions, etc. Associé avec ma mère, je ne pouvais être patenté puisque, d'après les lois du 15 juillet 1880 et du 8 août 1890, j'étais affranchi de l'impôt des patentes comme associé secondaire. — Je dois donc bénéficier de la patente de ma mère, inscrite au rôle bien avant 1892, et être autorisé à exercer l'art dentaire par application de l'article 32 sur les dispositions transitoires ».

Disons tout de suite que le tribunal a admis cette thèse. Pas de divergences de vue sur le principe ; nous faisons cependant quelques réserves sur le point de fait soumis à l'appréciation du tribunal.

Voici au surplus les raisons d'ordre législatif relevées dans le jugement :

Attendu que le législateur, guidé par une double idée de progrès et de justice, a voulu, par la loi du 30 novembre 1892, améliorer et réglementer dans l'avenir la profession de dentiste, en exigeant un diplôme pour son exercice, mais sauvegarder en même temps les droits acquis des personnes ayant la possession d'état de dentiste à la date du 1er janvier 1892 ; que pour atteindre son but et empêcher que cette idée de justice formulée d'une façon trop abstraite n'apporte une entrave au progrès à réaliser, il a établi comme seule preuve de la possession d'état de dentiste l'inscription au rôle des patentes ;

Attendu que le législateur n'a pas cependant enlevé aux tribunaux le droit d'apprécier les circonstances qui ont pu empêcher une personne ayant la possession d'état de dentiste à la date du 1er janvier 1892, d'être inscrite au rôle des patentes, puisque cette restriction serait contraire à l'esprit même de la loi...

En droit, le point à juger était exactement le même que dans l'espèce précédente [1]. L'inscription au rôle des patentes ne doit pas être considérée comme le seul mode de preuve de l'exercice de l'art dentaire. Le jugement consacre une fois de plus le droit qui appartient aux tribunaux d'apprécier souverainement les circonstances constitutives de la possession d'état de dentiste et les raisons qui ont fait obstacle à l'inscription à la patente.

Dans notre cas actuel il s'agit d'un fils qui aurait été associé avec sa mère dès 1889. Si la preuve de cette association est un fait indéniable, comme aux termes de la loi sur les patentes l'associé secondaire n'a point à payer une patente distincte de l'associé principal, il s'ensuit que cet associé ne peut matériellement avoir une patente. A défaut de cette patente, le tribunal constate qu'en

1. V. *supra*, p. 170.

fait il avait la possession d'état de dentiste, que cette possession d'état constante, incontestable, manifeste, équivalait à l'inscription au rôle des patentes. Rien de mieux. Remarquons que le Conseil d'Etat a donné son avis dans une hypothèse identique et qu'il a admis la même solution, avec cette petite variante toutefois qu'il dit expressément que l'acte de société doit être « authentique », c'est-à dire reçu par un officier public, un notaire, ou bien résulter d'un acte « sous seings privés ayant *date certaine* », c'est-à-dire dûment enregistré avant le 1ᵉʳ janvier 1892.

Dans notre espèce nous ne nous trouvons pas en présence d'un acte *authentique ou sous seings privés enregistré* relatant l'acte de société. L'association de la mère et du fils était une association de fait; cette association de fait était constatée par des certificats, lettres timbrées, médailles obtenues aux expositions, réclames, insertions dans les journaux, etc. Nous estimons que toute cette publicité, soigneusement examinée, peut, au point de vue de la preuve de la possession d'état, conduire à une conviction aussi ferme que celle qui repose sur un acte notarié. Mais ici nous ouvrons une parenthèse et nous disons : oui, les tribunaux ont le pouvoir d'induire la possession d'état de dentiste au moyen de documents autres que la patente ; mais il importe que ces documents soient sérieusement contrôlés et vérifiés. Il faut, en un mot, qu'ils soient l'expression de la vérité, et il convient de rechercher si ceux qui ont été produits n'ont pas eu pour but de faire croire à la réalité d'une situation créée frauduleusement. Autrement on tomberait dans des excès vraiment regrettables. Le premier soin du magistrat sera donc d'examiner si les pièces produites rendent vraisemblables la prétention du demandeur, si elles sont sincères, si elles n'ont pas été créées en vue de faire fraude à la loi. Dans notre espèce les insertions, réclames, enseignes, annonçaient que Mme X... et fils exploitaient un cabinet dentaire en 1889. Or, en 1889, l'acte de naissance du fils indique qu'il avait 16 ans. Voilà une circonstance de nature à éveiller les soupçons. A 16 ans, en général, on n'est pas en état d'être un praticien-dentiste. Ce n'est pas un âge auquel on puisse sérieusement se donner au public comme opérateur. Quelle confiance pourrait-on avoir dans un dentiste de cet âge ? Du reste, le poursuivant proposait de prouver que de 1891 à 1892 l'enfant était apprenti-dessinateur dans une maison de la ville de R... ; qu'il suivait assidûment les cours de peinture, circonstances qui pouvaient dans une certaine mesure rendre suspectes les attestations de personnes qui déclaraient avoir été soignées par lui, et porter atteinte à la sincérité des insertions, etc.

Si la loi doit être interprétée dans un sens large, il ne faut pas que cette interprétation ouvre la porte à des abus. Que peut-on

craindre en se montrant trop facile sur l'admission de pièces tendant à prouver la possession d'état de dentiste ? On peut craindre que des audacieux ne cherchent à entrer dans la corporation au moyen de certificats de complaisance. Il ne suffit pas de fournir des pièces et des documents il faut encore que ces pièces et ces documents concordent avec la vérité des faits et soient l'expression exacte d'une situation vraie.

Certainement un acte d'association qui, au moment où il a été dressé, indique que l'un des associés avait 16 ans à cette époque, doit être, à bon droit, tenu pour suspect. Il peut émaner de personnes qui, ayant prévu la réglementation de l'art dentaire, se sont créé des titres de cette façon (le papier supporte tout) pour bénéficier des dispositions transitoires entrevues et qu'il était facile d'entrevoir pendant le temps qu'a duré l'élaboration de la loi de 1892. La fraude ne peut en aucune façon devenir le fondement d'un droit, et nous ajoutons dans cet ordre d'idées qu'aucune foi ne devrait être accordée même à une *patente* prise avant 1892, s'il était établi qu'au moment de l'inscription à la patente le titulaire était d'âge à être sur les bancs de l'école. Ce qu'il faut éviter, c'est la supercherie, et nous restons convaincu que le magistrat saurait la mettre à jour, si elle osait revêtir cette forme pour donner le change à la justice. La dentisterie est réglementée, c'est un fait accompli. La loi oblige les candidats au diplôme, à des examens longs et coûteux. La justice a le devoir strict de protéger ce diplôme et faire observer les privilèges qu'il confère. Nous savons expérimentalement qu'elle est trop soucieuse de donner « à chacun le sien », pour douter un seul instant qu'elle n'apporte en cette matière une attention, une prudence, une vigilance capable de désarmer l'imposture.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

ACADÉMIE
DE PARIS

Ecoles dentaires.

Dossiers scolaires des élèves réguliers.

UNIVERSITÉ DE FRANCE

Paris, le 15 février 1898.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser les instructions ci-après rela-

tives à la constitution des dossiers scolaires des élèves réguliers des Ecoles libres d'enseignement supérieur dentaire.

Chaque élève régulier doit présenter, pour être admis :

a) Un acte de naissance ;

b) Un diplôme ou une dispense ministérielle, avec quittance des droits versés ;

c) L'autorisation du père ou du tuteur, si le candidat est mineur ;

d) Son casier judiciaire ou un certificat de bonne conduite ;

e) Un certificat détaillé et précis de scolarité, s'il vient d'une autre école.

Ce certificat devra mentionner, outre les inscriptions prises, les peines disciplinaires infligées à l'élève, et, notamment, les refus d'inscriptions résultant d'échecs aux examens, ou d'examens non subis, *avec obligation* pour l'Ecole qui reçoit, de respecter les décisions de l'Ecole à laquelle elle se trouve substituée.

Je vous prie d'assurer l'exécution de ces dispositions.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente dépêche.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Vice-Recteur,

Signé : GRÉARD.

M. le Directeur de l'Ecole Dentaire, 45, *rue de la Tour-d'Auvergne*, Paris.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont il nous sera envoyé deux exemplaires seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

De l'érosion dentaire, thèse soutenue par M. le Dr E. Maire. — Paris, 1898, Baillière et fils.

Après un court historique de la question, M. le Dr Maire fait une description de la lésion ; il en indique d'abord les caractères généraux, puis les différentes variétés, en reprenant la classification donnée par M. le professeur Fournier. Mais il attire l'attention sur deux formes distinctes d'érosion que l'on observe à la face triturante des premières grosses molaires, et qui correspondent à des âges différents.

Dans le chapitre qu'il consacre à la pathogénie, l'auteur, étudiant avec soin le mécanisme intime de l'érosion, examine quels rapports existent respectivement entre le niveau, la profondeur, l'étendue de la lésion et l'âge, l'intensité, la durée de la cause productrice ; il en déduit que, contrairement à ce qu'avançait Magitot, l'érosion ne siège pas invariablement à la base du chapeau de dentine des

dents en voie d'évolution, mais en un point intermédiaire entre cette base et le sommet de la couronne.

Il passe ensuite en revue les diverses opinions émises sur l'étiologie de cette lésion, puis il résume les observations qu'il a prises, et il en conclut que l'érosion dentaire peut être déterminée par toutes les affections de l'enfance, mais que le plus souvent elle est une lésion rachitique.

La confirmation en est donnée par l'examen des squelettes de rachitiques du Musée Dupuytren, sur lesquels l'auteur a observé l'érosion dentaire dans plus de la moitié des cas.

Le Dr Maire ajoute dans ses conclusions :

« On peut, de l'examen de la lésion dentaire, déduire la durée, l'intensité de la maladie et, dans une certaine mesure, l'âge auquel elle s'est produite ; mais il est impossible de déterminer sa nature avec certitude. Cependant quelques affections peuvent, en raison de l'âge auquel elles exercent leur influence, et qui leur est presque spécial, en raison aussi de leur intensité et de leur durée, imprimer à l'érosion qu'elles produisent une forme particulière, mais sans que celle-ci puisse constituer un signe pathognomomique. Il en est ainsi de la syphilis, et, à un moindre degré, du rachitisme.

» L'érosion n'est jamais déterminée par les convulsions elles-mêmes ; il faut la rattacher à la cause qui leur a donné naissance. »

M. Maire peut se féliciter d'avoir grandement contribué à mettre au point cette question si discutée, en publiant cet excellent travail. G. V.

« LA REVUE DU PRATICIEN »

Nous venons de recevoir un nouveau journal, *La Revue du Praticien*, publié sous la direction du Dr Albert Leblond, médecin de Saint-Lazare. Une partie de ce journal sera consacrée à la « Revue des publications scientifiques », l'autre à la défense des intérêts professionnels du corps médical.

Les rédacteurs ne veulent rien pour eux. La totalité des bénéfices sera employée à la création d'une maison de retraite du corps médical où seront reçus non seulement les médecins, qui ont succombé dans la lutte, mais encore les veuves et les orphelins.

Le but que se propose la Direction est trop beau, trop généreux, pour que le succès ne vienne pas couronner un tel effort de solidarité.

Nous souhaitons de tout cœur à notre nouveau confrère tout le succès qu'il mérite. E. B.

The Dentist, tel est le titre d'un nouveau journal publié en Angleterre, dont nous avons récemment reçu le premier exemplaire.

Cet organe est mensuel, et, suivant son sous-titre, il est indépendant, et se consacrera aux intérêts de la profession dentaire.

Bonne chance à notre nouveau confrère.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

I. — BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

Allard. — Du traitement des sinusites maxillaires par les instillations. (*Rev. internat. de rhinol, otol. et laryngol.*) Paris, 1897, VII, 434-436.

André. — Des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1897, XXIX, 619-630.)

Audry C. et Iversenc. — Epithélioma développé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1897, III, 295-297.)

Bergonié J. — Traitement électrique palliatif de la névralgie du trijumeau (tic douloureux de la face). *Arch. d'électricité médic.* Bordeaux, 1897, V, 379-398.

Cayre J. — Cancer ulcéreux de l'amygdale droite, de la base de la langue et du voile du palais ; ablation de la tumeur par la cavité buccale ; guérison. (*Journal des sciences méd. de Lille*, 1897, II, 382-384.) — Papillome épithéliomateux de la base de la langue, extirpation ; guérison. (*Ech. méd. Toulouse*, 1897, 2 S. XI. 511.)

Didsbury G. — Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale. (*Arch. internat. de laryngologie.* Paris, 1897, X, 538-554.)

Dop G. — Considérations sur le traitement des abcès dentaires. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1897, III, 212-221.)

Druon E. — Pseudo-ostéome spongieux du maxillaire inférieur, ostéosarcome avec cellules à myéloplaxes. (*Echo. méd. de Toulouse*, 1897, 2. S. XI, 490-492.)

Fournier. — De l'hydroa buccal. (*Rev. internat. de méd. et de chir.* Paris, 1897, VIII, 329.)

Gaudier H. — Un cas d'empyème du sinus maxillaire, de nature tuberculeuse ; intervention par la fosse canine ; guérison. (*Rev. hebd. de laryngologie.* Paris, 1897, XVII, 1297-1303.)

Girard. — Résection du maxillaire supérieur sans ouverture de la cavité buccale. (*Progrès méd.* Paris, 1897, 3. s. VI, 265.)

Goure. — Voûte palatine en ogive ; déviations dentaires et végétations adénoïdes. (*Journ. de clin. et de thérap.* Paris, 1897, V, 848.)

Gross G. — Chancres amygdaliens. (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1897, XXIX, 594-601.)

Heldenberg. — Un cas d'hémiparésie partielle gauche de la langue d'origine hystérique. (*Belgique méd.*, Gand, 1897, II, 481-489.)

Huguos P. — Des abcès chroniques des amygdales. (*Rev. hebd. de laryngol.* Paris, 1897, XVII, 1303-1310.)

Jousset A. — Emploi du chlorhydrate d'eucaïne en rhinologie, otologie et laryngologie. (*Nord méd.*, Lille, 1897, III, 221-224.)

Launay P. — Kyste congénital sous-hyoïdien. (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1897, XXII, 608.)

Lemière G. et E. Verstraete. — Etude bactériologique du pus d'un abcès rétro-pharyngien, pathogénie des abcès. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 1897, II, 361-375.)

Maréchal. — Blessure de la branche moyenne du trijumeau par une balle de revolver. (*Presse méd. belge*, Bruxelles, 1897, XIIX, 345.)

Martin G. — Contribution à l'étude du chancre de l'amygdale, (*Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 540-542.)

Mauclaire et Durieux. — Tumeur mixte du voile du palais. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1897, XXII, 609-612.)

Moty. — Pathogénie de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. (*Odontologie*, 1897, 1897, 2 S. IV, 255-257.)

Raugé P. — Paralysie traumatique du voile du palais. (*Arch. intern. de laryngol.* 1897, X, 583-594.)

Rénon. — Recherches du plomb dans les glandes salivaires. (Compte rendu *Soc. biol. de Paris*, 1897, 10 S. IV, 862.)

Sapiejko K. — Nouveau procédé d'uranoplastie après résection du maxillaire supérieur atteint de tumeur maligne. (*Rev. de chir.*, Paris, 1897, XVII, 813-818.)

II. — Bibliographie étrangère.

Ambler (H. L.) Tin foil and its combinations for filling teeth. Phila., 1897, S. S. White Dental Manufacturing, Co. London, Claudius Ash and Sons, Limited. — **Armstrong** (F.) State of dental education in New Zealand. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 913-915. — **Arrington** (B. F.) Combination fillings and cohesive tin. Amer. Dental Weekly, Atlanta, Ga., 1897, i, 113. Examining boards — an open letter. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 729-734. — **Ball** (M. V.) The mouth is the via natura for the entrance of disease. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 724-728 — **Barton** (W. M.) Chloroform vs. ether. Dental Brief, Phila., 1897-8, ii, 193-197. — **Beckmann** (H.) Zur Pathologie und Therapie der Rachenmandel. Monatschr. f. Ohrenh., Berl., 1897, xxxi, 389-401. — **Bickel** (O.) Pulp-capping with iodo-formagen cement. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 826-828. — **Bonten**. Stampfen von Metallplatten direct auf dem Gypsmodell. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 435. — **Boettiger**. Die Therapie der Trigeminus-neuralgie. München. Med. Wchnschr., 1897, xliv, 1150. — **Broomell** (I. N.) Macroscopic tooth-development. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 881-905. — **Brown** (G. V. I.) Hyperkinesis of the muscles of mastication a symptom and an etiological factor in nervous affections, particularly neuralgia of the trigeminus and diseases of the jaws. *Ibid* : 932-937. — **Bryant** (W. A.) The correction of cleft palate. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v, 433-446. — **Butter**. Ueber die Aethernarcose. Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat.-u Heilk. in Dresd., 1896-7, 86-92. — **Carpenter** (G. T.) Reproduction of gum tissue. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 813-817. Anterior pillars of the fauces, their abnormality, etiology and treatment. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 918. Case of hare-lip and operations for the same. *Ibid* : 937-942. — **Cassidy** (J. S.) Relations of chemistry to dentistry. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 719-724. — **Castrillo** (J. M.) Estafilorrafia ó sutura de la úvula, Correo Internac. Odont., Madrid, 1896-7, ii, 636-639. — **Cattell**, (D. M.) The etiology of dental caries. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 830-834. — **Coates** (A. N.) Method of crowning. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 509. — **Colley** (F.) Ueber Zungenverletzungen in gerichtlich-medicinischer Beziehung. Vrtljschr. f. gerichtl, med., Berl., 1897, 3. F., xiv, Supplhft., 107-116. — **Common** (R. K.) Notes on a case of eruption of central incisor in the nasal cavity, following operation for cleft palate. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 656. — **Curtis** (G. L.) Tumors resulting from septic pulp of teeth. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 355-358. — **Dennis** (G. J.) Report of a case of carcinoma of the buccal mucous membrane with microscopic exhibit. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 834-836. — **Drew** (F. F.) A simple regulating appliance. Items Interest. N. Y., 1897, xix, 854. — **Dunham** (T.)

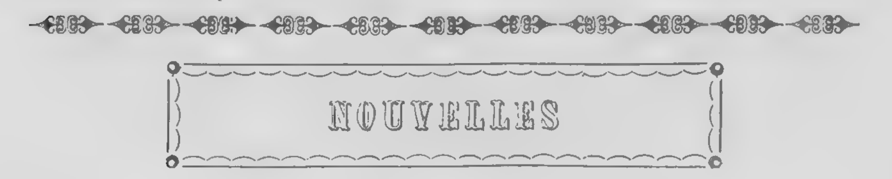
The operation for hare-lip. Post-Graduate, N. Y., 1897, xii, 603-608. — **Elliott** (W. S.) [1897.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 977. — **Ferguson** (F.) Screw worms in the antrum. Bi-Month. Bull. Univ. Coll. Med., Richmond, 1897, ii, 209. — **Fletcher** (F. F.) The practical bridge of to-day and the next step to improve it. Dental Digest, Chicago, 1897, iii, 607-611. — **Fox** (G.) British teeth on the down grade. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl. 915-919. — **Gerhardi**. Ein Fall von Makroglossie. München. med. Wchnschr., 1897, xliv, 1233. — **Goard** (T. A.) A case of suppurating dentigerous cyst. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 644-647. — **Grevers** (J. E.) Notes on various forms of the articulation of the lower and upper teeth. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 865-872. — **Gutiérrez** (G.) Un nuevo anestésico local. Rev. Dental americana, Phila., 1897, v. 170-172. — **Hall** (G.) Artificial substitutes in resected maxillæ. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 871-875. — **Hamburger** (A.) Ein Fall von Emphysem nach einer Zahnextraction. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 421. — **Harper** (J. G.) Fusible alloys. Dental Digest, Chicago, 1897, iii, 613. — **Haskell** (L. P.) Tinkering with continuous gum. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 505-507. — **Head** (J. T.) The natural principles underlying the construction of crown and bridge work. Items Interest, N. Y., 1897, xix. 831-834. — **Hirschsprung** (H.) Parotitis epidemica polymorpha ; Hjernetilfælde. Hosp. Tid., Kjobenh., 1897, 4. R., v, 817-829. — **Hotz** (F. C.) Holocain vs. cocaine. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxix, 1012. — **Jarvis** (Alice.) A few points on taking impressions of mouth and making dentures before teeth are extracted. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 830. — **Klebba und Goltz**. Zur Frage der Immunisirung bei Maul und Klauenseuche. Deutsche med. Wchnschr., Leipz. u. Berl., 1897, xxiii, 711. — **Krause** (F.) Die chirurgische Behandlung des Trigeminusneuralgie. München. med. Wchnschr., 1897, xliv, 1150. — **Krecke**. Zur Schleich'schen Infiltrations-Anaesthesie. *Ibid.* : 1165-1167. **Lauterbach** (M.) Zur Aetiologie der Facialisparalysie. Wien. med. Presse, 1897, xxxviii, 1289-1291. — **Lipschitz**. Regulirung eines oberen Schneidezahnes auf operativem Wege. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 439-444. — **Lodge** (E. B.) The matrix. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 824. — **Lowenbach** (G.) Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Submaxillar-Speicheldrüse. Arch. f. path. Anat. [etc.], Berl., 1897, cl, 73-111, 1 pl. — **Martin** (W.) Hypertrophy of the lingual tonsil. Med. et Surg. Reporter, Phila., 1897, lxxvii, 610. — **Meyer** (J. M.) Neurectomy of the superior maxillary division of the trifacial. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 817-821. — **Mills** (W. A.) Actinomycosis in man. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 949-955. — **Noble**. Correction of irregular teeth. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 955-957. — **Nyman** (J. E.) The bleaching of discolored teeth. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 824-830. — **Oehme** (F. G.) On the use of chloroform. Med. World, Phila., 1897, xv, 458-462. — **Pallett** (W. H.) Persistent abscess after extraction. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 869. — **Payne** (C.) Painless dentistry. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v, 446-451. — **Perry** (E. J.) The possibilities of prothetic dentistry. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 819-824. **Pick** (M.) **und P. Knoll**. Ueber die Erscheinungen bei Wiederbelebung der durch Erstickung oder Chloroformzufuhr vernichteten Athmung. Arch. f. exper. Path. u. Pharmakol., Leipz., 1897, xl, 81-97, 3 pl. — **Porter**

(F. C.) The relation of dentistry to general practice. Dental Rec., Lond., 1897, xvii, 441 451. — **Power** (D'A.) Empyema of the antrum in an infant. Lancet, Lond., 1897, ii, 1190. — **Price** (W. A.) Phenomena of cataphoressis. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 525-538. — **Rechold** (H.) *jr.* Zur Schleich'schen Infiltrations-Anaesthesie. München. med. Wchnschr., 1897, xliv, 1166-1171. — **Réthi** (L.) Die Stimmbandspannung experimentell geprüft. Wien. klin. Wchnschr., 1897, x, 920. — **Roughton** (E.W.) Oral surgery-diseases of the glands, Brit. J. Dent. Sc., Lond , 1897, xl. 880-883. — **Rupprecht**. Fall von Dauererfolg durch operative Behandlung einer Trigeminusneuralgie. Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat.-u.-Heilk. in-Dresd., 1896-7, 33. **Shah** (T. M.) Tumour of lower jaw; removal of right lower jaw. Indian Lancet, Calcutta, 189', x, 276. — **Simms** (W.) The extraction of fractured and difficult roots. Brit. J. Dent. Sc., Lond , 1897, xl, 878-880.— **Stowell** (S.S.) Hydronaphthol, with suggestions for its use in the treatment of the dental pulp, alive or dead. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 912-918. — **Stutzer** (A.) **und** **R. Hartleb**. Das Bacterium der Maul und Klauenseuche. Arch. f. Hyg., München. u Leipz., 1897, xxx, 372-404. — **Sutton** (J. B.) A chondroma of the submaxillary gland, Practitioner, Lond., 1897, lix, 459-461. — **Thompson** (J.E.) Tumors of the upper jaw and naso-pharynx. Univ. Med., Galveston, 1897-8, iii, 4-16. — **Tomes** (C. S.) Notes upon some forms of enamel. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 650-652. — **Van Woert** (F. T.) The milliamperemeter in cataphoresis. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 821-824. — **Verebély** (L.) Dermoid tömläk a szajüregben. [Dermoid cysts in the cavity of the mouth.] Gyógyászat, Budapest, 1897, xxxvii, 640-642. — **Vidal** (A. T.) Estomatitis. Correo Internac. Odont., Madrid, 1896-7, ii, 633-635. — **Wallace** (R. D.) Alveolar abscess, resulting from a broken nerve broach. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 507-509. — **Whittes** (D.) Some factors which cause eruption of the teeth. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 629-6?7. — **Wood** (F. C.) Case of acute necrosis of alveolar process of superior maxilla in a baby two days after birth. Brit. M.J., Lond., 1897, ii, 1259.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. J. Périé, fournisseur pour dentistes, décédé, le 4 mars à Toulouse, à l'âge de 61 ans. Nous adressons à son fils l'expression de nos vifs sentiments de condoléance.

E. P.



Le service médical.

Le préfet de police vient d'arrêter la liste des médecins, phar-

maciens, chirurgiens-dentistes, etc., inscrits dans le ressort de la Préfecture de Police pour 1898.

Cette liste comprend :

2,783 médecins, dont 2,463 à Paris ;

70 officiers de santé, dont 62 à Paris ;

1,520 sages-femmes, dont 1,242 à Paris ;

225 chirurgiens-dentistes, dont 164 à Paris ;

1,315 pharmaciens, dont 1,032 à Paris ;

392 dentistes, dont 347 à Paris.

Quelques remarques curieuses :

C'est le huitième arrondissement qui tient la tête pour les médecins, avec 468. Le douzième, le moins pourvu, en a 160.

Le dix-neuvième n'a pas de chirurgien-dentiste ; par contre, le neuvième compte 52 de ces spécialistes.

Saint-Denis compte 258 sages-femmes, alors que le onzième arrondissement de Paris, le plus riche en accoucheuses, n'en comporte que 114.

Enfin, pour les pharmaciens, c'est le onzième qui tient la tête, avec 92.

Une fluxion ministérielle.

On lit dans le *Figaro*, du 6 mars :

M. Méline n'a pu assister hier à la réunion du Conseil des ministres qui se tenait à l'Elysée. Son indisposition, toutefois, n'a aucune gravité. Le président du Conseil est atteint d'une vulgaire fluxion à la joue, qui l'obligera à garder la chambre deux ou trois jours au plus.

Décidément, les présidents du Conseil n'ont pas de chance avec leurs molaires. Nous nous souvenons d'un phlegmon grave causé par une molaire dont souffrait, il y a quelques années, M. Bourgeois. Aujourd'hui, c'est le tour de ce bon M. Méline.

Allons, monsieur le Ministre, faites désinfecter vos canaux... dentaires, et croyez bien que si le drainage a du bon en agriculture, c'est un assez mauvais procédé quand il est appliqué à l'art dentaire.

Assurance contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France qui s'assureront par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud*, officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 20, rue Scheffer, à Paris, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profiteront des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 0/0 à l'intéressé ;
— — 3 0/0 à la caisse de secours de l'Association.
Soit..... 10 0/0.

Conformément à l'avis ci-dessus, *M. T. Vinsonnaud* a versé les sommes suivantes à M. Rollin, Trésorier de l'Association générale, pour montant des 3 0/0 de la première année des assurances contractées par son inter-

médiaire à la Compagnie *La Foncière-Transports-Accidents*, par les membres de l'Association :

	Primes payées	3 0/0
Novembre et décembre..................	887 60	26 35
Janvier..............................	505 45	15 15
Février..............................	629 95	18 90
	2.013 00	60 40

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses, que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS.

? N° 54. — *Quel est actuellement l'appareil d'éclairage par l'électricité le plus pratique pour les opérations dentaires ?*

R. B.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur Barbe tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de P. Dubois ?*

R. B.

? N° 56. — *Chez quel fournisseur peut-on trouver la seringue Pravaz modifiée par Lagrange, ainsi que des aiguilles courbes à vis ?*

R. B.

? N° 57. — *Quel est le meilleur procédé de momification de la pulpe ?*

C. C.

RÉPONSES.

N° 56. — *Chez Heymen-Billard ; mais tous les fousnisseurs la procurent.*

N° 57. — *C'est celui indiqué par M. R. Heïdé dans* l'Odontologie, *au moyen du formagène* (30 décembre 1897).

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Assemblée générale du 5 février 1898.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

M. Lecaudey se fait excuser de ne pouvoir assister à la séance.

M. Papot. — Le procès-verbal de la dernière réunion a été publié en avril ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est présentée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Paulme, secrétaire général, donne lecture de son rapport.

M. Rollin, trésorier, donne lecture du sien.

Sur la proposition de *M. Papot*, des félicitations sont votées à MM. Paulme[1], Rollin et Claser.

1. Le rapport de M. Paulme a été publié page 178, numéro du 28 février de *L'Odontologie*. Celui de M. Rollin sera inséré dans le prochain numéro.

Les deux rapports sont mis aux voix et approuvés.

M. Papot. — Je prie l'Association d'autoriser son bureau à désigner des membres pour faire partie du Comité d'organisation du Congrès international de 1900.

L'assemblée, consultée, se prononce pour l'affirmative.

M. Papot. — Je vous informe que le prochain Congrès dentaire national aura lieu, cet été, à Lyon.

Je vous annonce également que l'Association générale des dentistes du Sud-Est, qui, chaque année, a une réunion-congrès, invite tous les dentistes français à assister à cette réunion, qui se tiendra cette année à Marseille, les 29 et 30 mai (Pentecôte).

M. Schwartz, président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est, membre du Conseil de direction de notre Association, s'excuse de ne pouvoir être des nôtres ce soir; il m'a prié de vous donner en son nom lecture de la proposition qui suit :

A Monsieur le Président de l'Association générale des Dentistes de France
(Pour être lu en séance).

Considérant les appels à la conciliation, à l'union et à la bonne confraternité qui ont été émis : 1° au Congrès national dentaire de Nancy 1896, par notre confrère M. Papot; 2° au Congrès dentaire de Paris 1897, ainsi qu'au banquet par divers congressistes;

Il convient de donner une suite sérieuse à ces manifestations.

En conséquence je propose :

Que l'assemblée générale des dentistes de France réunie à Paris le 5 février 1898 nomme une délégation ou émette un vœu pour que le Syndicat des chirurgiens-dentistes diplômés siégeant à Paris renonce à poursuivre les dentistes patentés qui conservent leur titre de chirurgien-dentiste.

Fait à Nîmes, le 3 février 1898.

G. Schwartz père,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris,
Président de l'Association des dentistes du Sud-Est.

M. Claser. — Il serait utile d'approuver cette proposition, car c'est le meilleur moyen de faire de la conciliation. On pourrait envoyer une délégation au Syndicat.

M. Papot. — Il serait plus pratique d'émettre un vœu que d'envoyer une délégation au Syndicat.

M. Viau. — Ce vœu a déjà été présenté et voté au Congrès de Nancy.

M. Claser. — A Nancy c'était un Congrès et non l'Association.

M. Godon. — Je ne blâme pas cette proposition; mais ne croyez-vous pas devoir laisser au Conseil le soin de prendre une décision ? Voulez-vous limiter votre vœu à ce qui se fera plus tard ? Où en sont les pourparlers actuellement ? Je ne crois pas que nous puissions examiner cela en séance.

M. Claser. — M. Schwartz demande que le Syndicat cesse les poursuites; il s'agit donc de ce qui se fait à présent.

M. Papot. — Renvoyez l'étude de la question à votre Bureau ; mais indiquez nettement dans quel sens il devra prendre une décision.

M. d'Argent. — M. Schwartz précise-t-il la nature des poursuites, ou critique-t-il l'attitude générale du Syndicat ? La lettre de M. Schwartz tend-elle à une immixtion dans les délibérations du Syndicat ?

M. Papot. — La proposition de M. Schwartz ne vise qu'un point particulier ; d'ailleurs je vous en donne à nouveau lecture.

M. d'Argent. — Je retire mon observation, car l'assemblée est qualifiée pour donner son avis sur un point spécial.

M. Papot. — Si vous approuvez la proposition de M. Schwartz, émettez un vœu, en laissant à votre Bureau le choix de la forme à y donner.

M. Godon. — Le congrès pouvait émettre un vœu, mais non notre Association. Si vous admettez la proposition Schwartz, c'est un blâme contre le Syndicat, et il se peut que votre vote n'amène pas le résultat que vous poursuivez. La politique de l'Association est précisément celle de M. Schwartz ; composée de plusieurs catégories de praticiens, elle défend les intérêts des uns et des autres. Il est préférable que vous laissiez à votre Conseil de direction le soin d'intervenir ; il remplira une mission d'union, à la suite de laquelle tout le monde reviendra à l'Association comme à la même famille professionnelle, tandis que le Syndicat a un rôle spécial. Je crains, encore une fois, que votre vote n'amène de l'aigreur entre les deux Sociétés.

M. Stévenin. — Le Syndicat des chirurgiens-dentistes ne fait pas de procès ; c'est le Syndicat des dentistes patentés qui lui en fait un.

M. Richer. — Oui, mais c'est le premier qui a commencé.

M. Claser. — La politique de l'Association au milieu de ces débats a été très sage : nous ne sommes pas intervenus ; nous avons bien dit quelque chose à Nancy, mais c'étaient des paroles de conciliation et d'union. Or, l'union que nous voulions voir régner se trouve troublée, et l'adoption de ce vœu, dans les conditions où il est présenté, augmenterait ce trouble. Nous avons soutenu le droit pour les dentistes de prendre le titre de chirurgien-dentiste, qui leur appartient ; la seule différence qu'il y ait entre eux, c'est que les uns sont de la Faculté de Médecine et que les autres n'en sont pas. Nous avons pris ce titre de chirurgien-dentiste pendant nombre d'années, et personne n'aurait pu nous l'enlever. Le Syndicat se compose d'anciens élèves de cette école, des membres de l'Association; il ne faut donc pas les indisposer. S'il était à la veille d'intenter un procès, nous pourrions souhaiter qu'il ne l'intentât pas ; mais, puisqu'il n'en est pas ainsi, nous ne le pouvons pas.

M. Richard-Chauvin. — Ce n'est pas le premier Syndicat qui attaque, mais le second qui continue à se défendre.

M. Papot. — Sans compromettre les intérêts et les droits des uns et des autres, nous pouvons parfaitement voter un ordre du jour exprimant notre désir de voir régner la conciliation.

M. Stévenin. — On accuse le Syndicat d'être agressif, quand il ne l'est pas. Le procès Levadour — pendant actuellement — est un peu irritant, c'est vrai ; mais, en l'entamant, nous avons simplement voulu faire fixer un point de droit, en épuisant toutes les juridictions. Or, ce point est tranché, et le Syndicat n'a ni l'intention ni les moyens d'aller plus loin, et de plus le Bureau est animé d'un vif désir de conciliation. Un jugement de la Cour d'appel aura plus de poids q'un jugement de première instance ; mais, quand nous l'aurons obtenu, nous nous inclinerons.

M. Papot dépose l'ordre du jour suivant :

« L'Association générale, réunie en assemblée générale, émet le vœu que les idées de concorde, d'apaisement, de tolérance et de solidarité règnent de plus en plus parmi tous les dentistes français, et renvoie à son Bureau la proposition de M. Schwartz. »

M. Paulme demande le renvoi de la proposition à l'examen du Conseil de direction.

M. Stévenin demande l'ordre du jour pur et simple.

M. Richard-Chauvin. — L'Association doit pouvoir émettre un vœu ;

je ne vois pas pourquoi on passerait à l'ordre du jour pur et simple ; il y a lieu, au contraire, d'indiquer la politique de l'Association.

M. Claser. — M. Schwartz parlant de l'avenir, on peut bien émettre un vœu.

M. Papot donne lecture de son ordre du jour.

L'ordre du jour pur et simple, mis aux voix, n'est pas adopté.

L'ordre du jour de M. Papot, mis aux voix, est adopté.

M. d'Argent propose que l'indemnité de l'administrateur-gérant du journal soit augmentée de 600 francs, en raison du supplément de frais et de travail résultant de la bi-mensualité du journal.

M. Richer remplace M. Papot au fauteuil, et met la proposition aux voix ; elle est adoptée à l'unanimité.

M. d'Argent. — Je propose d'adresser des félicitations à M. Papot, qui a fourni une somme de travail exceptionnelle.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Papot reprend la présidence.

M. Godon. — Je désire dire quelques mots sur la situation financière. En matière de recettes, je constate que nous prenons l'habitude de de thésauriser, et que l'encaisse de notre caisse de prévoyance grossit toujours. Pourquoi, d'un autre côté, versez-vous les bénéfices du journal à l'Association ? Si le journal réalise des bénéfices, il doit en profiter pour l'extension et l'amélioration de ses services. Il a une réserve ; c'est bien, mais cela ne suffit pas. Il a réalisé un boni de plus de 2.000 francs ; pourquoi en attribuer une partie à l'Association ? Les membres qui vous versent des cotisations désirent qu'elles servent à quelque chose ; de plus, l'Association n'a rien à prévoir.

M. Lemerle. — Si l'Association n'avait pas de fonds, l'Ecole ne pourrait pas lui en emprunter.

M. Stévenin. — L'Association subventionne le journal et, de son côté, le journal verse ses bénéfices à l'Association. Puisque les règlements le veulent ainsi, il faut les suivre.

M. Papot. — Ceci n'est pas exact. Le journal ne marche qu'avec ses seules ressources, et ne reçoit de subvention d'aucune sorte. Le versement que vous voyez figurer dans la situation financière représente le paiement de l'abonnement réduit, dû par l'Association pour chacun de ses membres auxquels *L'Odontologie* est servie.

Sur l'excédent des recettes du journal 1/3 est mis en réserve pour des besoins imprévus, 1/3 est destiné aux améliorations matérielles (clichés, planches, etc.) ; enfin le dernier tiers est versé à l'Association.

M. d'Argent. — La situation financière de la Société est délicate, et s'il y a un excédent, c'est grâce au journal. Il semble que la caisse se soit enrichie ; mais si vous vous reportez à la situation véritable, vous constatez qu'il y aura, l'année prochaine dans les recettes de l'Association, une diminution de 950 francs, à laquelle il convient d'ajouter les 798 fr. 60 du journal. Si le journal ne verse pas, l'an prochain, le 1/3 de ses bénéfices, les finances de l'Association seront en perte. Il n'y a donc pas lieu de modifier le règlement pour l'instant.

Quant à la caisse de prévoyance, le capital en est très élevé, c'est vrai ; mais s'il se produit en une année 4 ou 5 demandes d'un secours de 200 francs, ce solde diminuera. Nous avons consenti ce don de 200 francs parce que l'encaisse est importante ; mais nous risquerions de l'épuiser, si nous supprimions les recettes.

M. Papot. — Je ne vois pas figurer dans l'état des recettes et dépenses l'annuité de la souscription Dubois représentant la part en actions des

propriétaires de la *Revue internationale* ; de ce chef nos ressources sont diminuées.

M. Godon. — Les frais des couronnes funéraires devraient être à la charge de la Caisse de prévoyance. L'Association, qui reçoit les cotisations, doit les distribuer intégralement.

M. Papot. — L'observation de M. Godon est très juste ; je l'appuie d'autant plus qu'autrefois, lorsque j'étais trésorier de l'Association, je faisais figurer au compte de la Caisse de prévoyance tous les frais funéraires ; je serais heureux de voir notre état de situation financière modifié dans ce sens.

M. Papot. — Je reçois à l'instant une lettre (Il la lit.) par laquelle M. Paulme donne sa démission de membre du Conseil de l'Association, démission motivée par l'adoption de l'ordre du jour voté il y a un instant.

Je ferai remarquer toutefois à M. Paulme que l'ordre du jour présenté par moi et adopté par l'assemblée, en souhaitant l'apaisement parmi tous les dentistes français, ne peut blesser personne.

M. Godon. — M. Paulme ne saurait se formaliser des termes de cet ordre du jour.

M. Papot propose de refuser cette démission.

La démission de M. Paulme est refusée à l'unanimité.

M. Papot. — Vous avez à procéder à l'élection de dix membres du Conseil pour Paris (9 sortants et 1 démissionnaire) et de trois membres pour la province.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 25.

Majorité absolue : 13.

Ont obtenu (Paris) :

MM.	d'Argent	24 voix.	MM.	Maire	13 voix.
	Godon	23 —		Meng	12 —
	Lemerle	22 —		Legret	10 —
	Billet	20 —		Roy	10 —
	Prével	20 —		Duvivier	10 —
	Rollin	20 —		Richard-Chauvin	6 —
	Devoucoux	19 —		Monnet	2 —
	Stévenin	18 —		Ronnet	1 —

Ont obtenu (Province) :

MM.	Chouville	22 voix.	MM.	Richer	20 voix.
	Torrès	22 —		Laurent	3 —

M. Papot. — En conséquence de ces votes, MM. d'Argent, Godon, Lemerle, Billet, Prével, Rollin, Devoucoux, Stévenin, Maire, Chouville, Torrès et Richer sont élus membres du Conseil. Il y a lieu d'élire un 10ᵉ membre pour Paris.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 23.

Ont obtenu :

MM.	Richard-Chauvin	8 voix.	MM	Legret	4 voix.
	Duvivier	5 —		Roy	1 —
	Meng	4 —		Bulletins nuls	2 —

M. Richard-Chauvin est élu.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
PAULME.

Réunion plénière du 5 février 1898, comprenant le Conseil de direction de l'Association, celui de l'Ecole, le Bureau de la Société d'Odontologie et le Comité de rédaction.

Présidence de M. Papot, président de l'Association générale.

La séance est ouverte à 11 h. 1/4.

Sont présents : MM. Bonnard, Claser, Coignard, d'Argent, Heïdé, Lemerle, Maire, Martinier, Paulme, Richard-Chauvin, Richer, Stévenin, Viau.

Excusé : M. Godon.

M. Papot fait connaître la liste des électeurs et le nombre de voix dont chacun dispose.

M. Bonnard donne lecture de son rapport, qui est adopté après une observation de M. d'Argent.

Il est procédé au scrutin pour la nomination des divers fonctionnaires du journal ; il donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 26.

Majorité absolue : 14.

Ont obtenu, *pour le poste de directeur :*

M. Godon : 26.

M. Godon est élu.

Pour le poste de rédacteur en chef :

(M. Martinier déclare ne pas accepter la candidature et a mission de faire la même déclaration de la part de M. Blocman. Un échange d'observations a lieu entre MM. Viau, Chauvin et Papot.)

MM. Viau	22 voix	M. Sauvez	2 voix
Martinier	2 —		

M. Viau est élu.

Pour le poste de secrétaire de la rédaction :

MM. Bonnard	15 voix	Bulletins nuls	2
Maire	9 —		

M. Bonnard est élu.

Pour le poste d'administrateur-gérant :

M. Papot est élu à l'unanimité par acclamation, sur la proposition de M. Lemerle.

Après une observation de M. Martinier, il est procédé à l'élection de 6 membres du Comité de rédaction. Le scrutin donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 26.

Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

MM. Martinier	26 voix	MM. Monnet	9 voix
d'Argent	25 —	Maire	8 —
Heïdé	23 —	Ronnet	3 —
Lemerle	22 —	Sauvez	2 —
Richard-Chauvin	17 —	de Marion	2 —
Blocman	15 —		

MM. Martinier, d'Argent, Heïdé, Lemerle, Richard-Chauvin et Blocman sont élus.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général.
Paulme.

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 5 février 1898.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 11 h. 3/4.

Sont présents : MM. Coignard, d'Argent, Devoucoux, Lemerle, Maire, Martinier, Paulme, Richer, Stévenin, Viau.

M. Papot invite le Conseil à procéder à la constitution de son bureau et fait connaître qu'il décline formellement toute candidature à la présidence, à cause du travail que lui impose la gestion du journal.

M. Paulme déclare également ne pas être candidat au poste de secrétaire général.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Ont obtenu, *pour la présidence* :

MM. Lemerle..........	6 voix.	M. d'Argent..........	1 voix.
Martinier........	5 —		

Ballottage.

Pour la vice-présidence :

MM. Richer...........	8 voix.	MM. Coignard.........	1 voix.
d'Argent..........	5 —	Paulme...........	1 —
Martinier..........	2 —	Chouville.........	1 —
Richard-Chauvin...	2 —	Legret............	1 —

M. Richer est élu. Ballottage pour le vice-président de Paris.

Pour le secrétariat général :

MM. Devoucoux........	8 voix.	M. Stévenin..........	1 voix.
Maire.............	3 —		

M. Devoucoux est élu.

Pour le secrétariat adjoint :

MM. Prével..........	10 voix.	M. Paulme............	1 voix.
Devoucoux.......	1 —		

M. Prével est élu.

Pour la trésorerie :

M. Rollin.. 12 voix.

M. Rollin est élu.

Il est procédé à un 2e tour de scrutin pour l'élection du président et d'un vice-président de Paris ; il donne les résultats suivants :

Ont obtenu, *pour la présidence* :

M. Martinier...........	7 voix.	M. Lemerle...........	5 voix.

M. Martinier est élu.

Pour la vice-présidence :

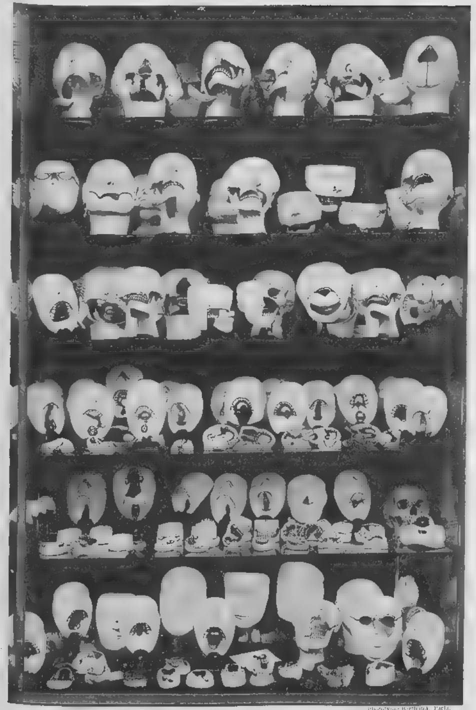
M. d'Argent...........	9 voix.	M. Martinier.........	3 voix.

M. d'Argent est élu.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Paulme.

MUSÉE DES RESTAURATIONS BUCCALES (PRÉTERRE)



Phototypie Berthaud, Paris.

Offert à l'École dentaire de Paris par M. le Dr E. Lecaudey

18e ANNÉE. N° 6. 30 MARS 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro donne en supplément 3 planches tirées hors texte.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

A NOS LECTEURS

Dans notre numéro du 30 novembre 1897 nous avons publié le compte rendu de la présentation au Congrès dentaire du Musée PRÉTERRE. *Nous sommes heureux aujourd'hui, grâce à l'obligeance de* M. MICHAELS, *de pouvoir donner une phototypie représentant la vitrine consacrée, dans le musée de l'Ecole dentaire de Paris, à cette collection unique. Nos lecteurs pourront ainsi apprécier l'importance du don récent fait à l'Ecole par M. le* Dr E. LECAUDEY.

E. P.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS.

GOMME SYPHILITIQUE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Par M. le Docteur MAURICE ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur suppléant à l'École dentaire.

Je vais opérer devant vous un malade que j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter plusieurs fois, et dont je vais vous rappeler brièvement l'observation prise à son entrée :

M..., 33 ans, typographe, se présente à la clinique pour une tuméfaction et une suppuration assez considérable de la région palatine

comprise entre l'incisive centrale droite et la seconde prémolaire du même côté.

Quinze jours avant de venir nous trouver, ce malade avait observé du gonflement de la région palatine ; attribuant cela à la présence de la seconde prémolaire cariée, il alla chez un dentiste se faire extraire cette dent. A la suite de l'extraction, il vit sourdre du pus par plusieurs ouvertures, et retourna chez le dentiste qui, pensant à un abcès, agrandit les ouvertures au bistouri. Mais ce traitement n'améliora pas la situation, et le malade, effrayé de la persistance de cet état et de la mobilité des incisives et de la canine gauche, se présenta à la clinique. Il est assez faible et ne peut plus prendre que des aliments liquides, à cause de l'état de sa bouche.

A l'examen, nous constatons les faits suivants : les gencives sont rouges, congestionnées, les dents sales ; la première prémolaire gauche manque (c'est la dent que le malade a fait extraire récemment), la canine, l'incisive latérale et l'incisive centrale du même côté, exemptes de carie, sont très mobiles. A ce niveau, à la partie antérieure, la gencive est rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression ; à la région palatine, il existe une tuméfaction assez considérable pour gêner beaucoup le malade par son volume ; toutes ces parties sont fluctuantes, et, à la pression, on fait sortir par plusieurs orifices un pus jaune, épais, filant, très fétide. En mobilisant les dents, on sent que cette mobilité n'est pas localisée à celles-ci, mais s'étend à toute l'épaisseur de l'os, qui, dans cette région, paraît presque complètement séparé du reste du maxillaire. Le pus s'écoule continuellement par les trajets fistuleux et, depuis quelques jours, il commence à se produire un peu de suppuration du côté des fosses nasales.

Interrogé au sujet de ses antécédents morbides, le malade dit avoir joui jusqu'alors d'une assez bonne santé, mais il a contracté la syphilis à 18 ans. Il a été soigné pendant deux ans à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis, puis il a cessé de se soigner au moment de son service militaire ; depuis il n'a eu aucun accident. Il porte au visage et sur diverses parties du corps des cicatrices arrondies, blanchâtres, traces caractéristiques de syphilides ulcéreuses.

En présence des manifestations pathologiques que nous observions, le diagnostic de nécrose du maxillaire supérieur n'était pas douteux, mais, il restait à déterminer l'origine de cette nécrose, la connaissance de cette notion pathologique étant capitale au point de vue du traitement.

Connaissant les antécédents de ce malade, il y a évidemment lieu de penser tout d'abord à la nature syphilitique de cette nécrose ; c'est en effet à cette origine, je vous le dis tout de suite, qu'il faut l'attribuer ; mais, ainsi que je vous en exposerai les raisons plus loin, c'est surtout aux signes cliniques qu'il convient de s'en rapporter pour le diagnostic

des lésions de cette nature, et il faut donc différencier ce que nous observons, des diverses affections présentant quelque analogie au point de vue symptomatique.

En raison de certaines circonstances qui ont accompagné l'évolution de cette nécrose, de la dent qui a été enlevée, on pourrait penser à une ostéo-périostite du maxillaire, survenue comme complication d'une carie du quatrième degré ; c'est en effet, comme vous le savez, une des complications que l'on rencontre encore assez souvent à la suite des mortifications pulpaires par un mécanisme que vous connaissez bien. L'infection pulpaire s'étend au ligament périradiculaire et, en raison des connexions intimes de celui-ci avec le maxillaire, cette infection se propage à cet os et en détermine la nécrose dans une étendue plus ou moins grande. Mais ici, en raison de cette nécrose *en masse*, de la rapidité de l'évolution, de l'absence de douleur, cette origine doit être écartée ; la dent enlevée n'était pas la cause de l'affection ; mais, ainsi que cela se produit fréquemment, le malade a rapporté à cette dent les phénomènes pathologiques qu'il ressentait, et il l'a fait enlever. Seulement, vous avez pu voir dans l'observation que je vous ai lue que, contrairement à ce qui se serait passé si les dents avaient été la cause première de ces accidents, les phénomènes morbides ne se sont pas amendés le moins du monde à la suite de l'extraction de cette dent.

S'il s'agissait d'un malade travaillant le phosphore ou l'ayant travaillé, on pourrait penser à une nécrose phosphorée ; mais ici ce facteur étiologique fait totalement défaut, et, du reste, la rapidité d'évolution suffirait, à elle seule, à faire écarter cette origine, la nécrose phosphorée étant, en effet, un processus à marche essentiellement chronique, où la limitation et la mobilisation du séquestre sont extrêmement longues à se produire.

On pourrait encore penser à une affection connue depuis assez peu de temps, mais dont les observations tendent à se multiplier maintenant qu'elle est mieux connue : l'actinomycose. Mais cette affection, due, comme vous le savez, à un

parasite d'une forme particulière à laquelle elle doit son nom, l'*actinomyces*, siège rarement à la mâchoire supérieure ; son siège habituel est au maxillaire inférieur, à l'angle de la mâchoire ; c'est de plus un processus chronique, envahissant les régions voisines et s'accompagnant de fistules cutanées nombreuses, ce qui n'est pas le cas ici ; enfin il n'y a pas dans le pus les petits grains jaunes caractéristiques qu'on rencontre dans le pus des foyers actinomycosiques.

Il faut éliminer également la tuberculose, les nécroses dues à cette origine ayant une marche essentiellement chronique et ne s'observant généralement qu'à une période très avancée de l'infection générale, ce qui n'est pas non plus le cas ici.

Ces différents facteurs étiologiques se trouvant écartés pour les raisons que je viens de vous exposer, j'en arrive aux accidents tertiaires de la syphilis, seule cause qui nous reste pour expliquer la nature des accidents que nous observons, accidents dont la marche et l'aspect clinique, joints aux antécédents morbides du malade, viennent justifier le diagnostic.

En effet, la marche du processus que nous observons est bien celle des gommes syphilitiques. La maladie a débuté il y a trois semaines par du gonflement du palais et de la région alvéolaire, gonflement non douloureux, qui rapidement s'est ramolli et a suppuré. Ce ramollissement, cette fonte, a entraîné la nécrose en masse de toute une portion du maxillaire, les parties molles sus-jacentes restant relativement indemnes, sauf dans les points où la suppuration vient se faire jour ; cette suppuration elle-même a quelque chose de caractéristique, le pus est filant et *gommeux*, et c'est, vous le savez, à cette apparence particulière de leur contenu que ces productions néoplasiques doivent leur nom.

Enfin, ici, les antécédents du malade venaient confirmer le diagnostic. En effet, cet homme a contracté la syphilis il y a quinze ans, et a présenté à la suite un certain nombre d'accidents dont quelques-uns ont laissé leur trace, tels que les syphilides ulcéreuses dont on voit les cicatrices sur le

front et qui suffiraient, à défaut de commémoratifs, à trancher la question d'une syphilis antérieure.

A ce propos, je vous ferai remarquer, ainsi que je vous l'ai déjà signalé au début de cette leçon, l'importance secondaire que vous me voyez attribuer à la recherche des antécédents. En vous énumérant les raisons qui justifiaient le diagnostic de gomme syphilitique, j'ai placé en première ligne la marche et l'aspect clinique des accidents, ne plaçant qu'après eux, et seulement comme élément confirmatif, la connaissance d'une syphilis antérieure, point qui, penserez-vous, devrait être au contraire placé au premier plan.

En cela je suis guidé par deux raisons : la première est que, s'il faut suspecter toute manifestation pathologique se produisant chez un syphilitique, ce syphilitique a le droit d'avoir des affections communes à tous les malades, sans que sa diathèse syphilitique soit pour rien dans leur production. Il ne faut donc conclure dans ces cas à l'origine spécifique d'une lésion que quand la marche et l'aspect clinique viennent en démontrer l'exactitude, en se tenant en garde toutefois contre les manifestations anormales de cette diathèse essentiellement polymorphe.

La seconde raison est que, dans nombre de cas, on doit se passer de ce renseignement, les commémoratifs faisant complètement défaut, les manifestations antérieures de la maladie étant passées inaperçues du malade. Les syphilis ignorées sont en effet relativement très nombreuses ; le chancre syphilitique est généralement indolent, parfois très petit, et peut passer inaperçu, de même que les accidents secondaires qui sont parfois très légers. En sorte qu'un malade de ce genre se trouve atteint d'accidents tertiaires alors qu'il ignore complètement l'existence de sa syphilis antérieure, qui peut n'avoir pas, comme ici, laissé sa signature sous la forme des cicatrices indélébiles que je vous signalais tout à l'heure.

Le médecin ne peut donc pas s'en tenir aux commémoratifs seuls, et, même dans le cas où ceux-ci font défaut, il ne doit pas craindre de poser le diagnostic de syphilis,

si celui-ci lui paraît justifié par les signes cliniques, le traitement spécifique venant généralement trancher rapidement la question.

Dans les cas douteux il est du reste toujours sage d'ordonner comme pierre de touche le traitement spécifique, quitte à l'abandonner si, huit à quinze jours après, aucune amélioration n'est survenue ; il n'exerce aucune action fâcheuse sur la généralité des processus pathologiques et permettra de reconnaître fréquement la nature syphilitique de certaines lésions et de sauver ainsi parfois la vie du malade, comme dans le cas de gomme du cerveau par exemple, ou de sauver un organe important tel que la langue ou le voile du palais.

J'ai déjà eu l'occasion de vous entretenir des manifestations buccales de la syphilis, et vous vous rappelez que je vous ai dit qu'on peut observer dans la bouche cette affection à toutes ses périodes : le chancre, accident primitif, siège assez fréquemment en différents points de la bouche, lèvre, langue, amygdale ; le chancre de la lèvre, entre autres, est le plus fréquent des chancres extra-génitaux. La muqueuse buccale est un des sièges d'élection des plaques muqueuses, manifestation secondaire à peu près constante chez tous les syphilitiques ; enfin les accidents tertiaires s'observent communément dans la bouche, soit sous forme de glossites scléreuses, soit sous forme de gommes, le palais, le voile du palais et la langue étant pour celles-ci des points d'élection.

La gomme, affection en présence de laquelle nous nous trouvons ici, est donc une manifestation tertiaire de la syphilis. C'est une tumeur unique ou multiple, de volume variable, non énucléable, qui se développe au sein des tissus, et qui est constituée essentiellement par des cellules conjonctives embryonnaires, affectant une disposition spéciale, qui rappelle celle du tubercule et comprend : au centre, une masse caséeuse dégénérée entourée par une zone de cellules embryonnaires, et à la partie la plus externe une couche de tissu fibreux.

D'une façon synthétique, on peut dire que la syphilis, arrivée à la période tertiaire, a une grande tendance à produire l'hypergénèse du tissu conjonctif. Les cellules de nouvelle formation peuvent subir deux modes de transformation : ou bien elles s'organisent, étouffant les cellules parenchymateuses — c'est la sclérose, — ou bien elles se mortifient en produisant de la suppuration et une perte de substance plus ou moins étendue, par suite de la mortification de la région dans laquelle elles se sont développées, — c'est la terminaison ordinaire des gommes, et c'est ce qui s'est produit ici.

Cette mortification avec perte de substance, cette fonte des gommes, est une complication redoutable en raison des régions où se développent souvent ces tumeurs ; elle peut avoir des conséquences très graves au point de vue de la vie, comme lorsqu'il s'agit des gommes du cerveau, ou au point de vue de l'esthétique ou du fonctionnement des organes, comme dans le cas en présence duquel nous nous trouvons. Ces productions sont d'autant plus graves qu'elles s'installent en général sans grand fracas et que leur évolution est rapide, en sorte que, si la nature en est méconnue quelque temps, ainsi que cela s'est produit chez ce malade, la thérapeutique arrive trop tard pour arrêter et faire rétrocéder des accidents qu'un traitement énergique et précoce aurait *complètement* enrayés. Car il faut que vous sachiez bien que, si les gommes constituent une des manifestations les plus terribles de la syphilis, elles sont aussi une de celles qui sont le plus rapidement et le plus complétement guéries par le traitement, à la condition essentielle qu'on intervienne avant la fonte de la tumeur.

Ici il était malheureusement trop tard pour obtenir la rétrocession du processus, la gomme étant en pleine suppuration, et une portion étendue du maxillaire étant déjà nécrosée.

Il ne fallait cependant pas rester les bras croisés, il importait au premier chef de limiter les désordres. En effet, l'extension de ceux-ci pouvait avoir des conséquences

désastreuses, et, pour le comprendre, vous n'avez qu'à vous rappeler l'anatomie de cette région.

Le maxillaire supérieur forme en cet endroit le plancher des fosses nasales, et sépare cette cavité de la cavité buccale, il soutient en outre la cloison médiane des fosses nasales constituée par le vomer, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le cartilage de la cloison.

Donc, dans un cas semblable, une première complication pouvait surgir du fait de l'extension de la mortification au plancher des fosses nasales, ce qui entraîne la communication de la bouche avec la cavité nasale, et cela est malheureusement à craindre chez ce malade, qui présentait déjà à son arrivée un peu de suppuration nasale ; une seconde complication pouvait encore se produire si les lésions s'étendaient davantage et intéressaient la cloison médiane des fosses nasales : celle-ci étant détruite, le nez perd son soutien médian et rentre en dedans, ce qui constitue une difformité des plus fâcheuses au point de vue esthétique.

Pour ces diverses raisons, il importait donc d'instituer un traitement énergique, afin d'arrêter le mal dans son évolution, et de limiter autant qu'il était possible les désordres que nous constations.

Dans ce cas, bien entendu, il ne pouvait être question de traitement local, comme cela aurait été indiqué s'il s'était agi d'une ostéo-périostite du maxillaire ; c'est un traitement général qu'il fallait instituer, les lésions locales n'étant qu'une manifestation de l'infection générale. Le mercure est le médicament par excellence des manifestations secondaires de la syphilis, mais il agit moins bien contre les accidents tertiaires ; contre ceux-ci, c'est l'iodure de potassium qui est le véritable spécifique, c'est donc lui que nous avons prescrit à la dose de 6 grammes par jour, en deux fois, en y adjoignant des frictions mercurielles.

Sous l'influence de ce traitement, dès la seconde visite de ce malade, nous avons vu les désordres se limiter, la suppuration se tarir. Vous le voyez aujourd'hui après trois semaines de traitement, il ne souffre plus, il mange

bien, et son état général est très satisfaisant. Au point de vue local, les parties molles sont en bien meilleur état, et la suppuration, comme vous le remarquez, est presque insignifiante, elle n'est plus entretenue que par la présence du séquestre mobile que je vais enlever ; car, bien entendu, le traitement n'a pu rendre la vie à la portion osseuse qui était déjà frappée de mort au moment où il a été institué, mais la nécrose est restée limitée à la portion de maxillaire comprise entre l'incisive centrale gauche et la première prémolaire du même côté, ainsi que cela existait lorsque nous avons vu le malade pour la première fois.

La communication de la bouche avec les fosses nasales sera peut-être évitée, car le malade, depuis qu'il est en traitement, n'a plus eu de suppuration nasale ; il est donc probable que, s'il se produit une perforation, elle sera très petite, et on peut espérer qu'elle se comblera par du tissu fibreux, lors de la cicatrisation.

Comme je vous l'ai dit il y a un instant, il n'a été institué aucun traitement local, si ce n'est le nettoyage des dents, que j'ai fait faire par un de vos camarades, et une hygiène buccale rigoureuse, constituée par un brossage biquotidien des dents, et des lavages fréquents de la bouche avec de l'eau phéniquée à 1 pour 100. Ce nettoyage des dents, je m'empresse de vous le dire, n'avait pas pour but de modifier en rien la lésion locale, c'était simplement comme moyen prophylactique, en vue d'empêcher la production d'une stomatite qui aurait pu survenir sous l'influence du traitement mercuriel ; et de fait, en dépit d'un traitement très actif par les frictions, mode d'administration qui provoque si facilement la stomatite, ce malade n'a pas présenté trace de cette complication.

Que nous reste-t-il à faire maintenant ?

Le malade est guéri de sa gomme, non sans dégâts malheureusement ; mais, comme vous le savez, ce n'est pas de notre faute, il eût fallu une intervention beaucoup plus précoce, et j'espère que plus tard vous saurez reconnaître

cette redoutable complication, afin d'éviter aux malades qui pourront venir vous consulter, les conséquences qu'a entraînées pour celui-ci la méconnaissance de son affection. Quoi qu'il en soit, le voilà guéri, et nous ne sommes plus maintenant en présence que de séquestres que nous allons enlever, en respectant autant qu'il est possible les parties molles. Pour cela, je vais contourner au bistouri le collet des dents en dedans et en dehors, et aller libérer jusqu'en haut les séquestres encore adhérents aux parties molles ; puis, ceux-ci étant enlevés, la vaste cavité qui va résulter de l'opération sera grattée à la curette, puis tamponnée à la gaze iodoformée.

Lorsque tout cela sera cicatrisé, nous verrons à réparer la perte de substance, peut-être par une opération autoplastique, s'il y a une petite perforation du plancher des fosses nasales et qu'elle ne se comble pas par du tissu fibreux, et, de toute façon, par un appareil prothétique permettant le fonctionnement normal de la mastication et de la parole, et satisfaisant au côté esthétique.





SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du 1er mars 1898.

Présidence de M. D'ARGENT, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. d'Argent. — Le procès-verbal de notre réunion du 1er février est contenu dans le numéro de *L'Odontologie* qui est actuellement sous presse ; je vous propose d'en ajourner l'adoption jusqu'après la publication. Celui de la réunion précédente a paru dans le numéro du 15 février ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

(Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.)

M. le Dr Maire, secrétaire général, donne lecture de lettres de

MM. Godon, Viau, et Sautier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, puis d'une lettre de M. Schwartz, de Nîmes.

M. d'Argent. — Cette lettre témoigne de bons sentiments et tend à l'union des diverses sociétés ; toutefois nous ne pouvons désigner de délégués pour se rendre à Marseille à leurs frais. S'il se trouve des membres disposés à faire ce voyage, nous les prions de vouloir bien nous le dire ; dans le cas contraire, nous vous demanderons de laisser à votre bureau le soin de choisir deux représentants.

(Cette proposition est mise aux voix et adoptée.)

M. d'Argent prononce l'allocution suivante :

Mesdames et Messieurs,

Avant de continuer l'ordre du jour, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait et de la sympathie que vous m'avez témoignée en me conférant la présidence pour l'année 1898.

Je n'étais, certes, pas préparé à remplir une fonction aussi importante, qui exige des qualités que je suis loin de réunir. De plus, la notoriété de mes prédécesseurs ternit le peu d'éclat de mes faibles mérites, et je suis exposé à une comparaison qui ne m'est point favorable. Je ferai simplement de mon mieux pour en atténuer l'écart et occuper le poste présidentiel le plus convenablement possible ; mais je sollicite votre bienveillante indulgence pour m'encourager dans cette délicate mission, et pour excuser les fautes que je vais inévitablement commettre.

Si je ne puis vous assurer d'être un Président impeccable, du moins puis-je vous certifier que ma bonne volonté ne vous fera point défaut, et que mon dévouement tendra à continuer l'œuvre de mes devanciers, auxquels la Société est redevable de sa vitalité et de sa prospérité.

Cette *vitalité* s'est de nouveau affirmée, l'année dernière, par le relèvement des hésitations qui ont existé un instant et qui ont failli compromettre l'œuvre des Congrès nationaux. En reprenant audacieusement l'entreprise pour ainsi dire abandonnée par les mandataires issus du Congrès de Nancy, la Société d'Odontologie a pu organiser le Congrès de Paris, qui a été un grand succès, et dont elle a le droit de se montrer fière, puisque la tradition a été sauvée et même

fortifiée, grâce à son intervention énergique et opportune.

De ce Congrès est né un comité qui a eu la bonne fortune d'obtenir l'adhésion de l'Association des dentistes du Rhône et des départements limitrophes, pour reprendre la décision de l'Assemblée de Nancy, tendant à ouvrir les prochaines assises dans la seconde ville de France. Le Congrès national de 1898 se tiendra donc à Lyon, et nous pouvons lui prédire les plus nombreuses adhésions.

Notre *prospérité* n'a rien de matériel. Nous n'avons aucun budget, et nous serions, comme on dit, un corps sans âme, si l'École dentaire, dont nous sommes une émanation et un rouage, ne pourvoyait discrètement à nos minimes dépenses.

Et cependant, nous avons quand même des comptes ; mais ils sont d'un ordre purement intellectuel. Nous recevons les études, les travaux, les inventions et les perfectionnements de nos généreux et gracieux collaborateurs ; en retour, nous provoquons par nos discussions des idées plus étendues et des résultats plus complets.

L'examen et la discussion de ces diverses productions ont lieu dans un esprit de progrès profitable non seulement aux membres qui assistent à nos réunions, mais à la profession tout entière, par la publication de ces productions dans le journal *L'Odontologie*.

C'est la principale cause de notre prospérité. Nous avons toujours pratiqué nos idées de propagation scientifique avec la même foi désintéressée, et nous devons continuer à suivre cette voie honorable. Pour cela, il faut nous créer sans cesse de nouvelles ressources, augmenter le chapitre de nos recettes, c'est-à-dire accroître le nombre de nos collaborateurs.

Dans ce but, nous devons accueillir tous les efforts avec bienveillance et surtout encourager les plus jeunes de nos confrères à se joindre aux plus doctes, par une critique très modérée de leurs communications.

Il n'est pas indispensable, en effet, qu'une idée, un fait, aient été creusés, retournés, rendus complets, avant de nous

être présentés. Les plus importantes découvertes ne furent souvent pas très étayées à leur origine.

Ainsi, l'anesthésie fut devinée par Horace Wells et ensuite pratiquée empiriquement. Eh bien, si l'auteur de l'observation analgésique du protoxyde d'azote avait attendu, avant de la faire connaître, d'en avoir étudié et déterminé les propriétés physiologiques et pathologiques, l'humanité eût vraisemblablement été longtemps privée de cette méthode bienfaisante.

Je conclus donc, mes chers confrères, en sollicitant toutes les communications possibles, et en conviant tous les praticiens à venir nous apporter, avec confiance et quiétude, les résultats de leurs recherches et le fruit de leur expérience. Ils auront droit à la reconnaissance du monde dentaire tout entier.

M. d'Argent. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'*étude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire.*

M. de Marion. — Je demande la parole pour une rectification au procès-verbal.

M. d'Argent. — Mais le procès-verbal a été adopté !

M. Martinier. — Je crois qu'on pourrait néanmoins entendre l'observation de M. de Marion.

M. d'Argent. — Je vais consulter l'assemblée.

(L'assemblée se prononce pour l'affirmative.)

M. de Marion. — Le compte rendu me prête des propos que je n'ai pas tenus. On me fait dire qu'il y a deux sortes d'internes, les internes en médecine et les internes en chirurgie, et que les premiers ne connaissent pas l'anesthésie ; j'ai dit simplement qu'il y a des internes qui font de la médecine et d'autres de la chirurgie.

M. le Dr Friteau. — Il y a dans la phrase prononcée par M. de Marion et mentionnée par le compte rendu une conclusion qui est celle-ci : les anciens internes en médecine ne connaissent pas l'anesthésie. Or, il n'y a pas un seul interne en médecine qui n'ait fait de la chirurgie ; je demande donc à l'assemblée de déclarer inexactes les paroles de M. de Marion.

M. de Marion. — Je n'ai pas prétendu déclarer que les docteurs en médecine dentistes, qui pratiquent l'anesthésie, n'y entendent rien en tant qu'anciens internes en médecine.

M. Martinier. — M. de Marion présente une rectification au procès-verbal : c'est son droit, et je m'étonne que M. Friteau pro-

teste ; l'assemblée n'a pas à intervenir dans la question, ni à apprécier l'exactitude ou l'inexactitude des paroles de M. de Marion.

M. d'Argent. — Le compte rendu contient une réponse faite par M. Sauvez à M. de Marion sur le point en question. L'incident est clos.

I. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTUDE CRITIQUE DES MEILLEURS PROCÉDÉS D'ANESTHÉSIE POUR LA CHIRURGIE DENTAIRE.

M. Friteau donne lecture de la note suivante :

Messieurs,

L'intéressante communication de mon excellent confrère le Dr Sauvez a soulevé toute une série de questions pour la solution desquelles M. Godon, avec beaucoup d'à propos, a sollicité l'opinion de chacun de nous.

Vous m'excuserez de ne pas aborder tous les points intéressants de cette grosse question de l'anesthésie : je n'ai pas eu le temps de l'examiner sous toutes ses formes, et je ne crois pas me tromper en déclarant qu'entre le jour de la réception de *L'Odontologie* et aujourd'hui, aucun d'entre nous n'a eu le temps de documenter son opinion sur des données scientifiques.

La plus grosse question soulevée me semble être celle de M. d'Argent, qui vous a demandé de décréter l'inutilité de l'anesthésie générale en chirurgie dentaire ; le vote que M. d'Argent vous a demandé d'émettre menace trop d'intérêts pour qu'il y soit procédé sans de longues discussions. Ce n'est pas en une ou deux réunions que les arguments des uns et des autres pourront être discutés avec fruit ; je demande donc que l'anesthésie en art dentaire soit maintenue au programme des réunions suivantes. Ne pourrions-nous pas, en outre, dans une question où nos intérêts, et peut-être même notre liberté, sont mis en jeu, nommer une commission qui serait chargée de réunir et de classer les opinions de tous, et de rédiger un rapport détaillé qui serait soumis et discuté en assemblée générale ou dans un prochain congrès? C'est là un vœu que j'émets et que je demanderai tout à l'heure à notre distingué président de mettre aux voix [1].

Je ne suis pas de l'avis de M. d'Argent, et je ne crois pas le moment venu de bannir de notre pratique les anesthésiques généraux ; je crois même que ce moment-là est bien éloigné ; peut-être ne viendra-t-il jamais ! En matière chirurgicale, il faut se garder de tracer d'avance sa ligne de conduite : les situations sont trop

1. Au cours de la réunion, j'ai appris que cette question de vote avait été abandonnée ; le lecteur voudra donc bien supprimer, dans cette note, ce uqi a trait à la nomination d'une commission.

différentes, pour que la méthode qui convient au plus grand nombre puisse convenir à l'universalité. Vous vous trouverez, un jour ou l'autre, vis-à-vis d'un malade dont l'état général ou local exigera l'anesthésie complète pour des extractions dentaires. Que ferez-vous si vous vous êtes engagé, par un vote, à ne jamais employer les anesthésiques généraux ? La science est essentiellement variable dans ses applications ; l'absolu est la négation de tout progrès. Au nom du progrès, je réclame ma liberté, et je me refuse à voter une décision dont je resterais l'esclave et dont chacun de vous pourrait être la victime.

Pratiquement, l'*emploi exclusif* des anesthésiques locaux est-il applicable ? Tous les malades s'y soumettront-ils ? Je ne le crois pas.

Vous admettrez bien avec moi que le degré de sensibilité est en rapport avec l'instruction et l'éducation. Les individus « durs au mal » sont plus nombreux dans les campagnes que dans les villes, dans les classes habituées aux travaux pénibles que dans les classes intellectuelles de la société. Il est bien certain que si, dans certaines contrées de la France où la civilisation est encore rudimentaire, un de nos confrères pratiquait toutes les extractions dentaires avec anesthésie locale, ses malades ne demanderaient jamais d'insensibilité plus complète : habitués à supporter les extractions sans aucune anesthésie, le contact et le craquement des daviers sur le maxillaire leur passeraient presque inaperçus, et ils tendraient volontiers leur mâchoire à l'opérateur pour se faire extraire immédiatement toutes leurs mauvaises dents par le même procédé.

En est-il de même dans la clientèle aisée, dont l'éducation a augmenté la sensibilité et la peur de la souffrance ? Pour prendre un exemple, vous tous qui m'écoutez, consentiriez-vous à vous faire arracher quelques mauvaises dents avec de la cocaïne ou tout autre anesthésique local ? Pour ma part, j'ai subi, il y a quelques mois, l'extraction d'une grosse molaire atteinte d'un kyste radiculaire ; des injections d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, précédées de légères pulvérisations de coryl, avaient été habilement faites sur les deux faces de ma gencive ; la luxation de la dent, les efforts de l'opérateur, dont les connaissances techniques sont au-dessus de toute critique, m'ont été si désagréables, je ne dis pas douloureuses, que je me déclare résolu à ne pas supporter d'autre extraction sans le sommeil complet. Mon cas est-il isolé, dans cette assemblée ? S'il ne l'est pas, que ferait M. d'Argent des réfractaires à l'anesthésie locale ? Leur laisserait-il dans la bouche leurs foyers d'infection ? Le vote qu'il vous demande d'émettre serait-il un argument suffisant pour les convaincre ?

Je crois que, dans chacune de nos clientèles, les malades qui exigeront l'anesthésie générale pour deux ou trois extractions simples sont extrêmement nombreux. Je n'entends pas parler de cette catégorie de gens peureux, qui ont été signalés par MM. Sauvez et Prevel, et dont le nervosisme est une prédisposition aux syncopes primitives. A côté de ceux-là, il y a les patients qui ne *veulent* pas souffrir. Leur nombre est si grand, que les extractions dentaires deviendront bien rares, si demain nous refusons tous systématiquement l'anesthésie générale pour les extractions dentaires; pour que pareille décision pût être prise sans causer à ses partisans de graves préjudices, il faudrait le consentement unanime de tous les dentistes de l'univers. Sans cela aucun de nous ne se refusera à endormir la catégorie de malades dont je parle, lorsqu'il lui sera démontré, par une consultation médicale, que le patient ne possède aucune contre-indication à l'anesthésie générale : la lutte pour l'existence est trop vive, pour refuser par principe ce que dix confrères consentiront à faire. Quelle serait la sanction de votre vote ? Quelle arme auriez-vous pour combattre ceux qui ne se résigneraient pas à pareille pratique ? Je la cherche en vain, puisque la loi de 1892 est contre vous. Je vous demande pardon de faire entrer, dans une question de pratique professionnelle, des considérations de cet ordre ; mais j'ai osé dire tout haut ce que beaucoup pensent tout bas. Ceux qui prendraient l'engagement de ne jamais employer l'anesthésie générale pour des extractions, seraient vite les dupes de leur résolution; et le danger méritait, à mon humble avis, d'être signalé.

Je ne crois pas, d'autre part, que les anesthésiques généraux présentent autant de dangers dans leur emploi en chirurgie dentaire, que dans leur administration en chirurgie générale. Bien que je n'aime pas à consulter les statistiques, je voudrais connaître le compte exact des décès survenus au cours des anesthésies générales pratiquées pour des extractions.

Il faudrait d'abord éliminer tous les accidents des anesthésies prolongées, qui entrent, pour une bonne part, dans le total général. Resteraient les syncopes primitives et secondaires. La commission dont j'ai demandé la constitution pourrait relever, dans les statistiques, la part exacte qui nous concerne, et nous aurions alors des éléments plus certains pour établir la mortalité des anesthésies d'origine dentaire.

Si je prends, comme base de comparaison, l'anesthésique général qui est le plus employé en art dentaire, le protoxyde d'azote, je le vois accusé de cinq ou six décès, alors que le nombre des anesthésies par ce gaz se compte par milliers chaque année dans la plupart des écoles et cliniques étrangères. Je regrette de ne

pouvoir vous apporter le pourcentage exact du protoxyde d'azote : je n'ai pas eu assez de temps pour mener à bonne fin les recherches que j'ai commencées sur ce point particulier. Il me semble même que la plupart des accidents mortels du protoxyde sont survenus à la suite d'inhalations prolongées. Que la commission dont vous allez, je l'espère, organiser le fonctionnement, étudie les observations des décès concernant le gaz hilarant, et elle vous dira si le protoxyde d'azote, *méthodiquement employé* en art dentaire, a causé plus d'accidents que la cocaïne. On a bien retranché des accidents dus à la cocaïne tous ceux qui sont survenus parce qu'on avait employé des doses trop élevées ; pourquoi n'agirait-on pas de même avec le protoxyde? Pour comparer des statistiques, il faut qu'elles aient été établies avec la même impartialité. Je vous demande donc, avant de déclarer que le protoxyde d'azote présente tant de dangers qu'il faille lui substituer, dans tous les cas, la cocaïne ou les réfrigérants, d'attendre de plus justes éléments de comparaison.

J'ai dit tout à l'heure que, pour avoir une idée juste des dangers de l'emploi des anesthésiques généraux en chirurgie dentaire courante, il faut extraire des statistiques toutes les syncopes tertiaires, celles qui correspondent à la paralysie bulbaire, celles que Dastre appelle syncopes par apnée toxique. Ces syncopes, en effet, n'ont été observées qu'au cours des anesthésies prolongées, dont la durée a dépassé une heure ; je ne sache pas que nous soyons jamais condamnés à des anesthésies aussi longues, pour des extractions même laborieuses; ces accidents-là ne nous concernent donc pas, et nous ne pouvons en tenir compte dans la question qui nous occupe.

Or, quel est celui des anesthésiques généraux qui occasionne le plus de ces syncopes tertiaires? C'est l'éther, cet anesthésique que le Dr Sauvez nous recommande, et que, comme lui, j'emploie de préférence au chloroforme, pour les raisons qu'il a données et pour les suivantes que j'emprunte, en partie, à un excellent travail du Dr Vallas, publié dans la *Revue de Chirurgie,* du mois d'avril 1893 :

1° On n'a pas observé de syncopes laryngo-réflexes avec l'éther, alors qu'elles sont très fréquentes avec le chloroforme;

2° La syncope bulbaire, due à l'action directe de l'anesthésique sur le bulbe, « est plus rare avec l'éther qu'avec le chloroforme. M. Dastre et les physiologistes sont d'accord à cet égard. Le type de l'accident imputable à l'éther est donc la syncope respiratoire. Brusquement la face se congestionne, devient violette ou bleue, les yeux sont injectés, ouverts, les pupilles sont contractées. Le sang prend les caractères du sang asphyxique : c'est parfois le premier

signe. Les mouvements respiratoires sont lents, pénibles ou supprimés. Le cœur n'est pas arrêté, le pouls continue à battre. Dans ce cas, la respiration artificielle est le moyen héroïque pour rappeler le patient à la vie ».

Ces conclusions sont celles de tous les physiologistes qui ont étudié l'anesthésie générale. N'ont-elles pas une valeur supérieure à celles des statistiques elles-mêmes, déjà si favorables à l'éther, et qui seront plus favorables encore quand on en aura enlevé les accidents des opérations de longue durée ? Nous possédons donc un anesthésique général qui n'a jamais produit cette syncope primitive, dont la gravité est accrue par sa brusquerie et sa soudaineté. Nous avons, de par la loi, le droit d'user d'un anesthésique général qui, au cours de la résolution musculaire, ne peut produire qu'une syncope respiratoire, contre laquelle nous sommes d'autant mieux armés qu'elle se produit lentement et que, « le chirurgien étant averti à temps, l'accident peut être conjuré par divers moyens, et il l'est à peu près toujours », comme l'a dit le professeur Chalot, de Toulouse, à la Société de Chirurgie, en mai 1894, sans qu'aucune voix s'élevât pour critiquer ses conclusions. Nous avons sous la main un agent anesthésique capable de nous livrer un malade inerte durant une heure environ, sans qu'aucun accident d'intoxication puisse se produire, et, de *parti pris*, nous irions le déclarer inapplicable ! Constitués en jury, nous condamnerions l'éther à la relégation perpétuelle, comme un récidiviste dangereux, sans même connaître exactement sa culpabilité vis-à-vis de la classe d'anesthésiés qui nous concerne particulièrement ! Je ne vais pas jusqu'à dire que l'éther est incapable de produire des accidents mortels dans les anesthésies d'assez courte durée que nous lui demanderons, mais je crois que ces accidents sont extrêmement rares. La statistique générale donne 1 décès pour 3.000 cas environ. Comme la statistique des accidents d'origine dentaire diminuera ce pourcentage, il me faut conclure que l'éther n'est pas aussi dangereux que M. d'Argent l'a affirmé. Les statistiques de la cocaïne, auxquelles les adversaires de l'anesthésie générale font si souvent appel, n'ont pas toujours été si rassurantes qu'aujourd'hui. En 1889 on comptait 126 accidents cocaïniques, mortels ou autres. En 1892, à la tribune du Sénat, le professeur Brouardel déclarait que la littérature médicale contenait 32 cas de mort causés par la cocaïne. Depuis cette date, le professeur Reclus a discuté toutes les observations, et il a rejeté de l'acte d'accusation tous les cas où la cocaïne avait été donnée à dose trop forte ou par des mains inexpérimentées. Procédons de même pour les éthérisations pratiquées par nos confrères en chirurgie dentaire ; écartons des statistiques tous les accidents dus

à l'impureté de l'éther et à la durée de l'intervention ; nous arriverons sans doute à des résultats capables de rassurer les esprits les plus timorés.

Puisque je me déclare partisan de l'éthérisation, je veux opposer aux statistiques qui ont donné 1 décès pour 3.000, quelques statistiques où l'éther est absolument indemne.

C'est le rapport de Vallas, à la Société de Chirurgie (avril 1893), qui a relevé, dans le service du P[r] Tripier, 6.500 anesthésies par l'éther, sans décès.

Combien plus éloquents encore sont les chiffres du professeur Ollier, de Lyon, qui a rapporté, dans la séance du 8 mai 1895 de la Société de Chirurgie, le total respectable de 40,000 éthérisations sans aucun décès! Ne devons-nous pas attribuer ce résultat si différent de beaucoup d'autres, à ce que le professeur Ollier n'a demandé à l'éther que ce qu'il pouvait lui donner ?

Je me contente de citer ces chiffres sans en tirer aucun argument, car on m'accuserait de choisir les statistiques favorables à ma cause, et on me répondrait qu'on démontre ce qu'on veut avec des statistiques. Je viens moi-même de vous montrer ce qu'on a fait des premiers tableaux de recensement des accidents imputables à la cocaïne.

Je préfère encore l'éther au chloroforme, parce que la physiologie expérimentale a démontré au monde scientifique que l'éthérisation est beaucoup moins dangereuse que la chloroformisation. Il me suffira de vous citer seulement l'opinion de Vulpian, consignée dans les Annales de l'Académie de Médecine de 1882 : « Si l'on a pu agiter, dit-il, à diverses époques, la question de la supériorité de l'éther ou du chloroforme dans la pratique chirurgicale, cette *question est tranchée depuis longtemps en ce qui concerne la physiologie expérimentale.* Dans les laboratoires, ou du moins dans beaucoup d'entre eux, *on a renoncé presque complètement à l'emploi du chloroforme*, et l'on se sert presque exclusivement, pour LES ANESTHÉSIES PASSAGÈRES, de l'éther sulfurique ».

Mon opinion est encore fortifiée par les expériences de Paul Bert, qui ont démontré que l'éther, étant moins actif, est moins dangereux : « Pour produire l'anesthésie, dit Paul Bert, il faut mélanger à 100 volumes d'air 14 grammes de chloroforme et 55 grammes d'éther. La zone maniable de chaque anesthésique varie dans les proportions suivantes : pour le chloroforme, entre 9 et 19 grammes pour 100 volumes d'air ; pour l'éther, entre 37 et 74 grammes pour la même quantité d'air ».

J'en aurai fini avec les réflexions que m'ont suggérées la communication du D[r] Sauvez et les critiques consécutives, lorsque j'aurai relevé, entre autres, une des accusations portées contre cet

agent anesthésique, dont je me déclare partisan pour les extractions simples et multiples. M. d'Argent a dit : « C'est l'éther qui laisse, après le réveil, le plus de personnes malades par ses seules inhalations ».

Je me contenterai, pour démontrer que cette accusation n'est pas méritée, de citer les opinions de quelques-uns des maîtres d la chirurgie contemporaine.

Le 31 janvier 1894, le Dr Koerte déclarait, à la Société de médecine de Berlin, que « le réveil, après l'anesthésie par l'éther, est bien moins pénible qu'après la chloroformisation ». Son opinion était basée sur 600 narcoses par l'éther.

Dans la séance du 16 mai 1894 de la Société de Chirurgie, le Pr Le Dentu a prononcé cette phrase : « L'éthérisation déprime beaucoup moins le malade que la chloroformisation ».

Le Pr Ollier, de Lyon; a écrit : « L'éther est au chloroforme, ce que le vin est à l'alcool ». Le Dr Borrel-Deroide, dans sa très remarquable thèse inaugurale (1895), développe ainsi l'opinion du célèbre chirurgien lyonnais : « Ce n'est que peu à peu, que difficilement, qu'on peut tirer de son sommeil l'individu endormi au chloroforme. Longtemps il reste sous le coup de l'agent anesthésique. Avec l'éther il n'en est pas ainsi : le réveil se produit en deux ou trois minutes ; le patient a déjà sa connaissance, il reconnaît ceux qui l'entourent, il leur parle. Sans doute, à ce moment, il n'a encore qu'une compréhension diffuse, et ne saurait rendre un compte exact de ce qui se passe autour de lui. Mais, au bout d'une heure, de deux au plus, sa pleine connaissance lui est revenue ».

Mon maître, M. le Pr Quénu, n'a-t-il pas dit, à la Société de Chirurgie, séance du 29 mai 1895 : « Après l'anesthésie par l'éther, le réveil est facile et rapide ; il y a un shock moins intense que dans la chloroformisation, et le patient n'est pas abattu comme dans ce dernier cas » ?

Telle est aussi la conclusion du Dr Thorp, dans sa thèse de 1897, inspirée par le Pr Hayem.

Je pourrais encore multiplier les citations, mais je dois m'arrêter. Vous m'avez prêté jusqu'ici une attention trop soutenue, pour que je veuille en abuser.

J'aurais voulu continuer ainsi et vous démontrer que nous devons préférer l'éther au chloroforme parce qu'il est d'un emploi plus facile, parce que l'éther peut être donné par un aide non expérimenté, tandis que les bons chloroformisateurs sont rares; parce que l'éthérisé demande moins d'attention et une surveillance moins étroite que le chloroformisé. J'aurais voulu vous démontrer que les hémorragies que favorise l'action vaso-dilatatrice de l'éther ne sont pas assez abondantes pour constituer un ennui bien considérable, etc.

J'aurais voulu vous causer des indications et des contre-indications des anesthésiques généraux.

J'aurais voulu aussi aborder beaucoup d'autres points de la communication du Dr Sauvez et des critiques qu'elles a soulevées. J'aurais été heureux de vous parler de certains détails relatifs à l'emploi de la cocaïne. Le temps seul m'en a empêché ; j'aurais également eu peur, à force de parler de sommeil, de provoquer chez mes auditeurs une narcose d'ennui. Si vous m'y autorisez, je compléterai ma critique d'aujourd'hui dans une prochaine séance : votre attention de ce soir m'est un encouragement.

Toutefois, avant que notre distingué président donne la parole à un autre de mes confrères, je voudrais vous faire connaître mon opinion sur la responsabilité encourue en cas d'accident par tout *chirurgien-dentiste assisté d'un docteur en médecine.* M. d'Argent vous a dit : « Le chirurgien-dentiste sera inquiété parce que le malade est son client habituel, et qu'il est censé ne pas ignorer ses tares et ses contre-indications au sommeil anesthésique ».

Je ne suis pas de l'avis de M. d'Argent, et je crois qu'en pareille circonstance le médecin seul sera rendu responsable. Dans la pratique journalière, lorsqu'un patient nous demande une anesthésie générale pour une opération buccale, voici ce que chacun de nous doit faire : il demandera au médecin ordinaire du malade des renseignements sur la santé de son client ; lui seul est compétent pour le diagnostic des affections cardiaques, pulmonaires ou autres, qui sont une contre-indication à la narcose. Si le médecin s'oppose à l'anesthésie, aucun d'entre nous n'ira à l'encontre de cette décision formelle. Si, au contraire, le médecin habituel du malade déclare que l'anesthésie peut être faite sans danger, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien c'est ce médecin qui sera, par vous ou plus souvent par le malade lui-même ou sa famille, chargé de l'anesthésie. Ce n'est pas de votre côté que la justice cherchera sa proie ;

Ou bien le médecin refusera d'administrer l'anesthésique ; vous ferez alors appeler un de mes nombreux confrères qui se sont spécialisés dans l'art d'endormir. Vous serez alors doublement couverts : 1° par l'autorisation donnée par le médecin ; 2° par la présence d'un spécialiste qui aura eu soin d'examiner les principaux organes du malade, avant de l'endormir.

En faveur de cette non-responsabilité du chirurgien-dentiste qui est là pour opérer et non pour endormir, je trouve encore des arguments dans le programme des examens que la loi vous a imposés. Comment voulez-vous que la justice puisse vous punir, puisque la loi ne vous a pas imposé le stage hospitalier au sein duquel seul vous auriez pu apprendre l'auscultation ? A-t-on jamais

demandé à l'un d'entre vous le diagnostic d'une insuffisance ou d'un rétrécissement valvulaire ? Vous a-t-on fait ausculter un poumon ? Oseriez-vous même ausculter dans votre cabinet le cœur ou les poumons d'un patient ou d'une patiente ? Je ne crois pas qu'un malade se soit jamais déshabillé, pour un examen médical du moins, dans le cabinet d'un chirurgien-dentiste, diplômé ou non. Pour ces raisons encore, vous ne pouvez, à mon avis, être rendus responsables d'un examen auquel le malade n'aurait, sans nul doute, voulu se soumettre, et que votre conscience vous aurait empêchés de pratiquer.

Je conclus donc à l'inverse de M. d'Argent ; et, si pareil accident arrive à l'un d'entre vous, il lui sera facile de démontrer à ses juges que, par les examens eux-mêmes auxquels la loi le soumet, il est *censé n'être pas apte* à faire le diagnostic des tares et des contre-indications à l'anesthésie générale.

Avant d'abandonner cette question brûlante de jurisprudence professionnelle, que M. d'Argent a soulevée avec beaucoup d'à propos, je me demande si M. d'Argent vous rend un réel service en réclamant si haut votre responsabilité. Qu'un accident mortel survienne demain à l'un d'entre vous au cours d'une anesthésie générale faite en présence d'un médecin, et qu'on poursuive le chirurgien-dentiste ; où le ministère public cherchera-t-il des arguments pour établir la responsabilité du prévenu ? Dans vos archives, dans les comptes rendus de vos réunions scientifiques. Vous aurez donc, il me semble, donné des verges pour vous battre ; c'est brave, mais est-ce de la bonne politique ? Il vaut mieux, ici-même, les programmes en mains, établir que le chirurgien-dentiste ne peut être, lorsqu'il est assisté d'un docteur en médecine, rendu responsable d'un accident d'anesthésie.

Je m'arrête enfin en posant les conclusions suivantes qui diffèrent peu de celles du Dr Sauvez :

Certains anesthésiques généraux ne sont pas aussi dangereux en chirurgie dentaire qu'en chirurgie générale.

Le protoxyde d'azote est excellent pour trois ou quatre extractions.

L'éther est assez maniable pour qu'on puisse le conseiller dans les extractions simples dépassant le chiffre 6, et dans les interventions précédemment indiquées par le Dr Sauvez : il est alors l'anesthésique de choix.

M. d'Argent. — Pour discuter les observations de M. Friteau, il faudrait être armé comme lui ; néanmoins j'essayerai de lui répondre.

M. Godon a parfaitement compris mon sentiment lorsqu'il a dit que

souvent les paroles dépassent la pensée. Il n'est guère besoin de décider l'inopportunité de l'anesthésie générale dans les avulsions, puisqu'en fait elle est presque bannie de l'art dentaire. Elle est peu démocratique, et n'est guère pratiquée que pour les gens ayant les moyens d'en supporter les frais ; et, quand on trouve une pusillanimité très grande chez un patient dépourvu de ressources, on l'invite à s'armer de courage pour se contenter de l'anesthésie locale. Je fais de l'anesthésie locale, et je m'en trouve bien. M. Sauvez se déclare ennemi de l'anesthésie générale, et il n'est pas le seul. Pour ma part, dans nos réunions, je me suis toujours attaché à démontrer les avantages de l'anesthésie locale, et j'attends que ceux qui vantent les bienfaits de l'anesthésie générale viennent en montrer les effets dans une assemblée publique. Le médecin qui nous assiste, quand nous pratiquons cette dernière, est le plus mauvais témoin qu'on puisse imaginer, il est plus gênant que le patient, qui est notre juge pourtant ; il trouve toujours que l'opération ne va pas assez vite. Encore une fois, j'invite les partisans de l'anesthésie générale à venir la faire adorer parmi nous ; mais je leur demande que ce ne soit pas par des phrases. J'obtiens d'excellents effets avec l'anesthésie locale, avec les réfrigérants, le coryl notamment ; et si nous ajoutons à ce produit d'autres anesthésiques locaux tels que la cocaïne, je considère que nous sommes suffisamment pourvus. On a parlé d'opérations difficiles nécessitant l'anesthésie générale ; mais on oublie que ce qui est difficile pour l'un ne l'est pas pour l'autre. J'ai vu, quant à moi, des opérations déclarées difficiles qui étaient aisément praticables. J'estime, en résumé, que l'anesthésie par la cocaïne, jointe à celle que donnent les réfrigérants, nous assure des effets aussi bons que l'anesthésie générale.

M. le Dr Friteau. — Dans ce que vient de dire M. d'Argent, je relève une phrase à propos du médecin, qu'il considère comme un mauvais aide. Il s'abuse certainement, et je ne lui en citerai que deux preuves : j'ai administré du chloroforme personnellement pendant cinq ans, et je n'ai jamais critiqué la façon d'agir de l'opérateur ; j'ai vu un très grand nombre de médecins pratiquer l'anesthésie, et jamais aucun n'a formulé d'observations sur les procédés de l'opérateur.

Les remarques de M. d'Argent sont justes dans certains cas, mais ces cas sont très rares, et cela provient uniquement de ce qu'il a été fait choix d'un mauvais médecin. Le tout est de faire un bon choix, et s'il y a dans le troupeau quelques brebis galeuses, ne connaissant rien à l'anesthésie, il faut les bannir, et s'adresser à d'autres. Quoi qu'il en soit, j'espère que nous n'avons pas tout dit sur cette question, et que nous aurons encore l'occasion d'y revenir.

M. d'Argent. — Il me semblait que M. Friteau nous engageait dans sa note à choisir le médecin de la famille ?

M. le Dr Friteau. — J'ai dit que ce médecin est souvent imposé par la famille, et je parlais de la responsabilité professionnelle.

M. Martinier. — M. Friteau nous recommande de demander l'avis du médecin de la famille. Or, je constate que, dans les rares cas où j'ai pratiqué l'anesthésie générale, j'ai pris le médecin de la famille, et j'ai été fort mal servi ; cette constatation pourrait être tout aussi bien faite par mes confrères. En réalité, dans la pratique, comme nous n'avons pas affaire à des spécialistes, nous n'avons pas toujours les résultats que nous sommes en droit d'attendre.

M. le Dr Sauvez. — Il résulte de tout cela qu'on ne peut pas avoir une idée arrêtée en matière d'anesthésie ; il faut tenir compte des indications. Dans les paroles de M. Friteau je ne trouve rien de contraire à ce que j'ai dit. On veut rejeter en partie l'anesthésie générale, et cela me donne raison, ce qui ne veut pas signifier que je la rejette toujours ; je n'en citerai qu'une preuve : un malade s'est présenté hier chez moi avec un abcès provoqué par une dent de sagesse évoluant vicieusement. L'anesthésie générale s'imposait, et j'y ai procédé ce matin. En ce qui concerne les cas faciles, vous n'avez certainement pas l'intention de recourir à l'éther par principe ; l'anesthésie générale doit donc être employée exceptionnellement.

Le protoxyde d'azote est assurément un excellent anesthésique ; Colton s'en est servi plus de cent mille fois, sans un seul accident fatal. M. Friteau a attribué à la cocaïne beaucoup de cas de mort ; or, en 1893, dans la statistique publiée dans la thèse d'Auber, on ne citait pas de cas de mort à moins de 23 centigrammes.

Je ne suis pas partisan de nommer la commission que propose M. Friteau. Il blâme M. d'Argent de songer à émettre un vote, et il demande une commission formulant des conclusions ! Mais c'est dans ces conclusions que le ministère public ira justement chercher des arguments pour réclamer votre condamnation ! Et ce serait vraiment donner trop de portée à nos discussions, que d'agir ainsi. J'ai, il est vrai, terminé ma communication par des conclusions ; mais c'est qu'un travail de cette nature en comporte. Seulement, tandis que je n'ai exprimé que mon opinion personnelle, M. Friteau vous propose d'ériger vos opinions en dogme : le dogme de la Société d'Odontologie en matière d'anesthésie ! Vous auriez ainsi dans quelques années tout un volume des théories admises ici. Je ne saurais être partisan de ce système, et je rejette l'idée d'arriver à des conclusions précises.

Quant à la responsabilité, celle du dentiste est légèrement engagée. Si, en effet, nous ne sommes pas responsables légalement, nous n'en sommes pas moins en nom, et à cet égard, nous sommes responsables moralement. C'est tellement ma conviction, que je ne pratique jamais l'anesthésie générale sans la présence d'un docteur en médecine.

Quant au choix du médecin, vous n'empêcherez pas la famille de

vous imposer son médecin, qui souvent ne connaîtra rien à l'anesthésie, et ne pourra, par suite, vous être d'aucune utilité.

M. le Dr Friteau. — J'ai demandé la nomination d'une commission, parce que je pensais qu'un vote allait être émis, et que j'espérais bien qu'une commission ne commettrait pas la maladresse de formuler des conclusions.

M. d'Argent. — Il ne sera pas émis de vote.

M. le Dr Friteau. — Le dentiste sera bien moralement responsable ; mais cela n'empêchera pas le médecin d'être poursuivi.

M. Touchard. — Je n'ai pas l'intention de discuter sur le choix d'un anesthésique ; mais il reste la question d'opportunité. Il serait puéril d'insister sur l'emploi de l'anesthésie générale ; cependant, on en a besoin lorsqu'il faut procéder à de nombreuses extractions, et c'est parce qu'on en a besoin quelquefois, qu'il est intéressant d'examiner la responsabilité. On semble croire que la loi de 1892 n'a pas donné la même responsabilité au dentiste qu'au médecin, et M. Friteau paraît dire que la plupart des médecins n'entendent rien à l'anesthésie. Au point de vue légal, la responsabilité d'un chirurgien-dentiste diplômé de la Faculté est égale à celle d'un médecin. La loi vous autorise en effet, à pratiquer l'anesthésie générale ; c'est donc qu'elle vous juge aptes à le faire. Le danger pour le dentiste, c'est d'y recourir seul chez lui ; mais ce danger est le même pour le médecin. Si vous avez des doutes sur les capacités du médecin, faites comme je fais moi-même : allez pratiquer l'anesthésie générale chez le malade.

M. Ronnet. — Il existe depuis longtemps un anesthésique que les médecins ne connaissent pas : le protoxyde d'azote. Il offre des garanties, et il serait à désirer qu'on l'employât davantage. Nous sommes souvent dans la nécessité de prendre le médecin de la famille qui, ainsi qu'on l'a dit, n'est généralement pas compétent en matière d'anesthésie ; c'est extrêmement fâcheux, parce que nous sommes obligés de nous occuper de deux choses à la fois : l'anesthésie et l'opération, et il est très incommode de pratiquer seul l'anesthésie générale.

M. Prével. — J'emploie le protoxyde d'azote ainsi que le bromure d'éthyle, et les médecins auxquels je m'adresse s'occupent uniquement de leur anesthésie, et ne formulent jamais la moindre observation relativement à mes opérations.

M. Lemerle. — On pourra lire dans la communication de M. Friteau que nous n'avons pas le droit de pratiquer seuls l'anesthésie générale. Sur ce point M. Friteau fait erreur : nous avons ce droit, et nous pouvons assister un de nos confrères non diplômé de la Faculté de médecine.

Maintenant, la proposition de M. d'Argent n'ayant pas été maintenue, nous n'avons pas de nouvelles conclusions à émettre.

M. Meng. — Lors de la discussion de la loi de 1892, j'étais au Sénat, et, comme M. Cornil prétendait que nous n'avions que faire de l'anesthésie générale, M. Brouardel monta à la tribune et déclara que, puisque nous passions des examens, puisque nous avions des devoirs, il fallait que nous eussions des droits.

M. d'Argent. — Nous allons, si vous le voulez, aborder maintenant point par point les diverses parties de la communication de M. Sauvez, et présenter des observations de détail sur chacune. Abandonnons le chapitre de l'anesthésie générale, et passons à celui de l'anesthésie locale ; commençons par l'électricité.

M. Martinier. — Puisqu'on va publier les observations de M. Friteau, on pourra continuer la discussion ensuite.

M. d'Argent. — Nous ne pourrons guère revenir sur ces observations que lorsqu'elles auront été publiées.

Quelqu'un désire-t-il la parole sur les passages relatifs à l'électricité, au narcotisme voltaïque, aux réfrigérants, au chlorure de méthyle ?

Personne ne demandant la parole, nous passons au chlorure d'éthyle.

M. Léger-Dorez demande et obtient la parole.

Il commence la lecture d'une note dans laquelle il fait l'historique du chlorure d'éthyle et de l'anestile ; il parle des perfectionnements que l'on a fait subir à l'emploi de ce réfrigérant, et il en attribue tout l'honneur au Dr Bengué.

Plusieurs membres. — Vous sortez de la question.

M. d'Argent. — C'est un véritable historique que vous lisez là. En outre, avant de parler d'un produit, dans une discussion, j'estime qu'il faut en démontrer la valeur dans une séance clinique.

M. Léger-Dorez. — Si vous me laissez achever, vous verrez que je ne sors pas de la question. M. Sauvez n'a pas parlé de Bengué.

M. le Dr Sauvez. — Mais j'ai parlé de Bengué, et voici ce que j'ai dit (Il donne lecture du passage).

M. Léger-Dorez continue sa lecture, et conclut à l'emploi des réfrigérants pour les opérations faciles, notamment chez les enfants. De plus, il prétend que ces anesthésiques ont l'inconvénient de produire fréquemment des escarres.

M. Bonnard. — Je crois que si les réfrigérants rendent des services, c'est chez les grandes personnes, et non chez les enfants qui se prêtent généralement très mal à leur application.

M. le Dr Pitsch. — Je suis partisan des réfrigérants quand on peut les employer, car ce sont les seuls anesthésiques qui ne présentent aucun danger, tandis que la cocaïne est un poison que vous introduisez sous la peau.

M. d'Argent. — Le coryl n'a jamais produit la plus petite escarre, j'en citerai la preuve suivante : le professeur Peter, voulant vérifier

l'action de cet agent sur les tissus, se fit pulvériser un coryleur de 50 gr. sur le bras ; une simple ampoule se produisit, analogue à celle d'un vésicatoire ; certes l'épiderme disparaît, mais c'est par suite de l'irritation de la peau. Il est aisé de voir que le coryl n'a aucun rapport avec le chlorure de méthyle, quant à l'effet produit.

M. Meng. — Je tiens à rappeler que j'ai fait la première démonstration de l'anesthésie par le froid, au Congrès de Berlin de 1890.

M. d'Argent. — Après le chlorure d'éthyle, M. Sauvez passe aux mélanges de chlorure de méthyle et de chlorure d'éthyle, au coryl, à l'anestile, etc. Personne ne demande la parole ?

Il parle ensuite du gaïacol et des anesthésiques locaux autres que la cocaïne. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter ?

M. Sauvez s'étend longuement sur la cocaïne ; il y a lieu de l'en féliciter. Si personne ne demande la parole ni sur ce passage ni sur les chapitres suivants, nous arriverons tout de suite aux conclusions.

M. Lemerle. — La discussion qui vient d'avoir lieu a suffisamment montré l'opinion de l'assemblée.

M. Bonnard. — Dans ses conclusions M. Sauvez ne donne que des indications générales, et non des règles absolues. C'est dans chaque cas une question de conscience et d'application, et ce qu'il faut bien faire ressortir c'est que les chirurgiens-dentistes et les docteurs en médecine ont les mêmes droits quant à l'anesthésie générale.

M. d'Argent. — Nous sommes tous de l'avis de M. Sauvez en ce qui concerne l'anesthésie générale.

M. le Dr Pitsch. — Je n'ai pas l'habitude du protoxyde d'azote, qui est cependant merveilleux ; mais si vous avez, par exemple, dix dents à extraire, le bromure d'éthyle est préférable. L'éther, dit M. de Marion, donne des mucosités ; c'est possible, mais il n'y a rien là qui puisse nous embarrasser.

M. d'Argent. — Dans la méthode mixte, protoxyde d'azote et chloroforme, M. Sauvez dit qu'on ne sait à quel agent attribuer l'issue fatale, s'il s'en produit une ; on pourrait faire le même reproche à la méthode qu'il préconise dans certains cas (protoxyde d'azote et éther).

M. Sauvez. — Si j'ai dit que cette méthode peut être employée, j'ai voulu parler des administrations successives : on donne d'abord du protoxyde, puis, si l'on juge que l'opération doive se prolonger, on administre de l'éther ; dans la méthode Darin, au contraire, on a un véritable mélange.

M. d'Argent. — Nous arrivons à la conclusion n° 1 relative à l'anesthésie locale (Il en donne lecture). Je suis sur ce point de l'avis de M. Sauvez ; cependant j'ai extrait, à l'aide du coryl, des dents qui avaient des racines longues ; aussi ne suis-je pas absolument de l'opi-

nion que les réfrigérants ne conviennent que dans les opérations superficielles. J'obtiens avec le coryl une anesthésie aussi profonde que je le désire ; j'estime donc que cet agent peut convenir dans les anesthésies profondes.

M. Sauvez. — Je ne comprends pas, sous le nom d'opération superficielle, une opération facile telle que l'extraction d'une dent chancelante, mais je veux parler d'une intervention sur un point de la bouche, d'accès facile, une petite molaire du bas, par exemple, dont la racine pourra (grâce aux culs-de-sac gingivaux siégeant loin du collet) être soumise sur toute sa hauteur et ses deux faces à l'action du réfrigérant.

M. Touchard. — Je dirai, pour prendre date, parce que je me propose de revenir sur la question, que j'ai eu l'occasion d'employer le chlorure d'éthyle cocaïné, et qu'il m'a donné de bons résultats.

M. d'Argent. — Passons aux conclusions n°s 2 et 3 (Il les lit). Si une méthode donne des résultats, les deux méthodes peuvent en donner aussi ; on prolonge ainsi la durée de l'anesthésie.

Nous sommes à la fin du travail de M. Sauvez ; mais nous aurons à y revenir dans la prochaine séance. Il convient maintenant de remercier l'auteur, d'avoir soulevé cette discussion.

II. — Présentation du flacon « Idéal » compte-gouttes modifié, par M. Léger-Dorez.

M. Léger-Dorez. — A la suite des observations présentées l'autre jour, j'ai apporté diverses modifications à mon flacon, que je vous soumets à nouveau.

III. — Présentation d'un moulage, par M. Duvivier.

M. Duvivier. — Je vous présente l'empreinte de la bouche d'un enfant de douze ans et demi qui offre des particularités assez curieuses.

Ce moulage est celui de l'arcade supérieure, qui porte, de chaque côté de la ligne médiane, une dent ayant la forme d'une molaire de lait. Les grandes incisives sont rejetées sur les côtés, à la place des incisives latérales et des canines qui sont absentes.

Je pense que chacune de ces molaires médianes s'est développée par suite de la fusion des follicules dentaires de l'incisive lalérale et de la canine.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Dr E. Maire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

PROTHÈSE RAPIDE DU MAXILLAIRE.

M. Gross. — Une femme âgée de vingt-sept ans fut atteinte d'un épulis enlevé il y a trois ans ; mais il s'établit une récidive qui, dans ces derniers temps, progressa rapidement. A son entrée dans mon service, la tumeur était grosse comme une mandarine, implantée sur le maxillaire, allant de l'incisive latérale jusqu'à la branche montante. Il fallait intervenir. Mais, la femme étant enceinte d'environ six mois, devant les risques de déterminer un avortement, je temporisais, lorsque je m'aperçus que l'extension de la tumeur s'accélérait. Je dus donc brusquer l'intervention, décidé à la réduire au minimum de temps strictement nécessaire. Pour gagner du temps, au lieu de faire la résection, je fis la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire.

Pour faire la prothèse immédiate et éviter le temps assez long de cette opération, au lieu d'adapter une pièce d'ébonite fixée à vis dans l'os restant, ce qui est long et risquait d'irriter l'os atteint d'une affection néoplasique, on se borna à fixer la pièce sur des moules appliqués à ressort, dès la veille, sur la partie osseuse destinée à rester ; il n'y eut plus, dès lors, qu'à la visser dans les trous forés d'avance dans ces supports, et l'intervention prothétique ne dura que neuf minutes, au lieu de trente-cinq à quarante-cinq minutes exigées dans les opérations antérieures.

Après l'opération, la grossesse évolua normalement, et l'appareil provisoire est parfaitement supporté, ne gênant nullement, malgré son aspect un peu encombrant.

M. Heydenreich, d'après le cas rapporté par lui l'année dernière, croit que le moule en or reste l'appareil de choix pour les fractures du maxillaire ; chez sa malade, la solidification fut parfaite, et deux incisives absolument branlantes se consolidèrent.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Séance du 16 *février* 1898.

Syphilis gommeuse des lèvres. — *M. Albertin* présente un malade atteint de syphilis gommeuse des lèvres et de la joue droite. Cet homme, âgé de 42 ans, a contracté, il y a dix ans, la syphilis par un chancre de la verge. On lui fit suivre un traitement ioduré pendant plusieurs mois. Il y a cinq ans, il vit apparaître dans l'épaisseur de la moitié de la lèvre inférieure une petite tumeur qui s'accrut progressivement jusqu'à avoir le volume d'une noisette. Il eut recours à des soins médicaux, et on lui fit prendre de l'iodure à la dose de 50, puis 100 gr.

par mois. La tumeur diminuée, il cessa son traitement. Il y a quelques années, trois ans environ, apparurent des noyaux indurés au niveau de la commissure. Enfin, depuis huit mois environ, est survenue une tumeur occupant la moitié droite de la lèvre supérieure. Elle est arrondie, du volume d'une noix, à surface lisse, rouge, tendue et offrant deux orifices fistuleux par lesquels s'écoule un liquide séro-purulent. La palpation révèle une fluctuation peu nette, et fait deviner une cavité petite, limitée par des parois très épaisses et molles. A côté de cette tumeur principale il existe une série de tubercules occupant la commissure et la région génienne voisine.

On se trouve en présence d'une labiopathie syphilitique tertiaire, à forme scléro-gommeuse d'une labialite tertiaire.

(*Ind. méd.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — Les dangers de l'anesthésie.

Par Davis (*Northwestern Lancet*, mars 1897).

Le but de l'anesthésie est de suspendre le fonctionnement des centres psycho-moteurs et sensitifs, tout en laissant agir les deux centres respiratoire et circulatoire, qui président aux deux grandes actions vitales, respiration et circulation ; la mort survient par arrêt de l'une ou de l'autre de ces deux grandes fonctions. Rien de surprenant que ces centres, doués d'une action rythmique, inconsciente, soient plus résistants que les autres. Mais l'anesthésique peut aussi les atteindre, et là est le danger. Comment s'opère donc l'arrêt de la respiration ou celui du cœur ?

A. La respiration dans l'anesthésie peut être troublée de trois façons : 1° par un obstacle à l'entrée de l'air. Les replis aryténo-épiglottiques se rapprochent, ce qui produit le stertor laryngé. Ce rapprochement peut aller jusqu'à l'occlusion. L'abaissement de la langue et de l'épiglotte constitue un mode d'obstruction très important. On y remédie en tirant sur la langue ; — 2° par le ralentissement de la circulation pulmonaire. La circulation s'attarde, puis s'arrête dans les capillaires, puis dans les artérioles, puis dans les gros vaisseaux. L'hématose se fait mal ; on observe que la circulation capillaire est diminuée, que le sang est noir. Il faut suspendre l'anesthésie, car cet engorgement pulmonaire peut conduire à l'asphyxie. On pense que le chloroforme est plus sujet que l'éther à retarder la circulation pulmonaire ; — 3° par action directe du centre respiratoire bulbaire. La faute en est à une administration exagérée de l'anesthésique. L'aide qui endort, doit être pénétré de cette idée que le centre respiratoire peut être paralysé comme les autres.

B. Les effets sur la *circulation* sont aussi compliqués. Le cœur possède dans ses parois des centres propres qui commandent ses mouvements rythmiques. Ces centres sont reliés au système nerveux central par le pneumogastrique d'une part, le grand sympathique d'autre part. On pense que le pneumogastrique a un rôle prépondérant, car son excitation produit l'arrêt du cœur.

Au point de vue des effets des anesthésiques sur le cœur, les deux modes d'arrêt du cœur se retrouvent : 1° par action directe du poison sur les ganglions ; 2° par action du pneumogastrique. C'est avant la narcose complète et pendant le réveil, qu'une syncope est à craindre par arrêt du cœur.

Sur 219 cas de mort par chloroforme, la mort a eu lieu 15 fois au début, 99 fois avant anesthésie complète, 70 fois pendant l'anesthésie, 35 fois après l'opération achevée.

En somme, il faut avoir présentes à l'esprit trois sources de graves dangers : 1° une syncope précoce et soudaine, par inhibition réflexe du cœur ; on l'évite en pratiquant l'anesthésie avec mesure ; 2° une obstruction au passage de l'air, de cause laryngée ; 3° enfin une paralysie des grands centres, respiratoire et circulatoire.

Après avoir apprécié la valeur comparée de l'éther et du chloroforme, l'auteur pose les contre-indications de l'éther. On doit l'éviter dans les affections pulmonaires et rénales. Les alcooliques et les enfants supportent mieux le chloroforme. Dans les affections cardiaques, il est préférable au chloroforme, car il agit comme stimulant sur la circulation. Mais on doit user d'une extrême prudence, pour peu qu'il y ait tendance à l'asystolie. L'anesthésie chloroformique est plus agréable ; mais le chloroforme n'a pas l'innocuité de l'éther, et en Amérique ce dernier garde toujours la préférence.

P. Rellay.

(*Progr. méd.*, 19 févr. 98.)

II. — Traitement des accidents dus aux anesthésiques.

M. Alex. Wilson, à la Clinical Society de Londres, apporte des observations, et discute les méthodes de traitement dans les cas d'accidents produits par les anesthésiques, et particulièrement par le chloroforme. Les moyens employés consistent dans l'application du froid, du chaud (marteau de Mayor), l'application de vapeur d'ammoniaque au niveau des narines pour exciter le réflexe respiratoire, les tractions rythmées de la langue, la dilatation du sphincter anal, l'excitation du cœur par des moyens mécaniques et électriques, la respiration artificielle, des moyens agissant sur la circulation, tels que l'attitude, la transfusion, etc., enfin l'emploi des médicaments, nitrite d'amyle, strychnine, atropine, etc.

Pour que les premiers moyens réussissent, il faut que les tissus

nerveux aient conservé assez de vitalité pour transmettre le réflexe. La faradisation de la région du cœur, les applications cutanées, sont des moyens regardés par quelques-uns comme douteux, tandis que la respiration artificielle a une très grande valeur.

L'influence de la position sur la circulation est problématique. L'insufflation et la méthode de Sylvestre sont considérées comme très efficaces ; mais M. Wilson a réussi chez des vieillards à thorax rigide en électrisant les phréniques, alors que les autres méthodes n'avaient pas réussi. Mais toutes ces méthodes peuvent échouer s'il existe un spasme persistant du larynx. Il faudra toujours éviter de relever le malade, à cause du danger de vider le cœur; il faut, au contraire, abaisser la tête, et comprimer l'abdomen. La transfusion n'est pas dénuée d'inconvénients, et l'injection sous-cutanée de médicaments exige, pour être efficace, une certaine activité circulatoire, et il est difficile dans ces conditions de s'arrêter avant la dose toxique.

M. Schœfer a insisté surtout sur les dangers de la paralysie du centre vaso-moteur dans l'anesthésie par le chloroforme, parce qu'on n'a pas de moyens pour la combattre. Il est plus facile de lutter contre les troubles de la respiration pour prévenir la dilatation artérielle et l'abaissement dangereux de la pression sanguine sous l'action du chloroforme, M. Schœfer propose l'injection préalable d'atropine. Deux autres substances agiraient dans le même sens pour relever la pression sanguine : ce sont la nicotine et l'extrait de capsules surrénales ; ce dernier accroît d'une façon extraordinaire la force des battements cardiaques, et pourrait combattre la paralysie vaso-motrice et cardiaque.

(*Médec. mod.*, 19 févr. 98.)

III. — De l'actinomycose.

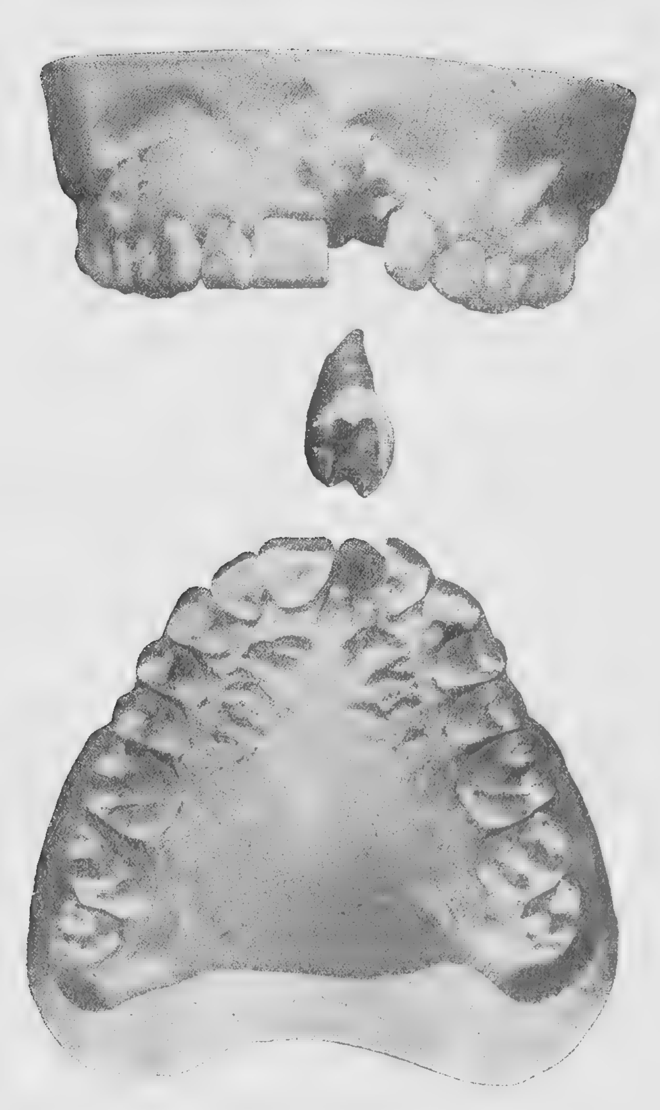
Par le Dr Poncet (de Lyon).

A propos d'un nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire, observé dans son service et opéré par lui avec succès, M. A. Poncet, qui, on le sait, a publié la première observation d'actinomycose humaine constatée à Lyon, émet quelques considérations cliniques nouvelles sur cette affection.

Le nombre des observations actuellement publiées en France s'élève à 39. Nombre de cas doivent demeurer méconnus encore.

Le parasite, bien qu'il puisse envahir tous les tissus, affectionne la région cervico-faciale, surtout le maxillaire inférieur et la fosse temporale voisine, d'où le nom d'actinomycose temporo-faciale donné à cette localisation. La marche de l'actinomycose temporo-maxillaire est rarement aiguë, et prend alors les allures d'une phlegmon septique ordinaire. La forme classique a une marche subaiguë, prenant bientôt une allure torpide, chronique.

PLANCHE XII.



Anomalie dentaire.

L'affection débute par une douleur, d'acuité variable, soit au niveau des dernières molaires, soit en arrière de l'angle du maxillaire ; la douleur n'est pas continue, mais revient par crises.

Cette douleur, un trismus précoce, un gonflement de la région temporo-maxillaire de consistance pâteuse, enfin l'intégrité du squelette, voilà, au début de cette forme d'actinomycose, des éléments de diagnostic qui, s'ils n'entraînent pas la conviction du clinicien, imposent la recherche des actinomyces.

P. Rellay.

(*Progr. méd.*, 19 févr. 98.)

REVUE DE L'ÉTRANGER

UNE ANOMALIE DENTAIRE.

Par M. Walter Gilbert.

Il y a quelques mois, un jeune homme de 23 ans vint me consulter au sujet d'un corps dur, développé dans le maxillaire entre l'incisive centrale supérieure droite et l'incisive latérale supérieure gauche, à la place occupée précédemment par l'incisive centrale supérieure gauche. A l'examen, ce corps parut être revêtu d'émail, et avoir la forme d'une molaire.

Le patient déclara avoir essayé de s'extraire lui-même, avant l'apparition de cette grosseur, l'incisive centrale supérieure gauche, mais sans y réussir, bien qu'elle fût très chancelante. Un dentiste, sollicité à son tour, n'y parvint qu'après trois ou quatre tentatives infructueuses.

Ce n'est qu'après l'avulsion que l'excroissance parut. On conseilla au patient de se faire opérer de nouveau, et, en procédant à l'ablation, on constata que c'était une dent mal formée, le follicule peut-être de l'incisive centrale permanente supérieure gauche. La dent enlevée précédemment était sans doute l'incisive temporaire ; en tout cas elle adhérait fortement à la dent permanente mal formée (Voir planche ci-contre).

(E. B. d'après le *Dental Cosmos*.)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera envoyé deux exemplaires, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

De l'ostéo-myélite du maxillaire inférieur, et de ses rapports avec la dentition. Thèse. Paris. Henri Jouve, 1897. Par M. Delucq.

Le maxillaire inférieur étant entretenu longtemps en état de développement par l'évolution dentaire, est très susceptible d'être atteint de lésions inflammatoires.

L'éruption dentaire provoque une congestion physiologique qui prépare le terrain à l'envahissement des agents pathogènes de l'ostéo-myélite ; elle offre en même temps une porte d'entrée au microbe, car on constate, au niveau du point où doit apparaître la dent, la présence d'un pertuis de communication. Les autres portes d'entrée sont constituées par la carie dentaire si fréquente chez l'enfant, les ulcérations de la bouche, etc.

La mortification occupe toute la hauteur du bord alvéolaire, et non le bord inférieur du maxillaire.

C'est surtout la dent de sagesse qui donne naissance à ces accidents, à cause de sa proximité de l'endroit où le maxillaire subit presque tout son accroissement (point où la branche montante se réunit au corps du maxillaire).

M. Delucq prétend que les accidents osseux provoqués par la dent de sagesse ne sont que des ostéo-myélites de développement.

Il décrit successivement l'anatomie pathologique, les symptômes, les complications, le diagnostic et le pronostic de l'affection, et insiste sur le traitement, qu'il formule en ces termes dans ses conclusions : « Le traitement consiste à extraire les séquestres dès qu'ils sont mobiles, autant qu'il est possible par la voie buccale. Pour éviter les récidives et les accidents d'une ostéo-myélite prolongée, il ne faut pas oublier d'enlever, en même temps que les séquestres, les couronnes des dents en voie de développement qui leur sont contiguës.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

DONS OFFERTS A LA BIBLIOTHÈQUE DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS
Du 1er novembre 1897 au 1er mars 1898.

	Donateurs.
Indications aux grades de docteur en médecine, officier de santé et chirurgien-dentiste.	Ch. Godon.
Monographie des amalgames, par J. Klein.	J. Klein.
De l'érosion dentaire (Thèse du Dr Maire).	Dr Maire.
De l'appareil de Kingsley dans les fractures du maxillaire inférieur (Extrait de la *Revue de Chirurgie*, par Mahé (2 exemplaires).	Mahé.
Présence du bacille d'Escherick dans la bouche, par Grimbert et Choquet (2 exemplaires)..	Grimbert et Choquet.
Sur un nouveau microtome pour inclusions à la paraffine, par J. Choquet (2 exemplaires).	J. Choquet.
L'histologie normale et pathologique des dents par J. Choquet (2 exemplaires). . . .	»
Utilité de la photographie dans les recherches d'histologie et de bactériologie, par J. Choquet (2 exemplaires).	»
Journal de médecine, 1764 à 1789, 50 volumes.	»
Maladies des os, par Petit et Louis, 2 volumes.	»
Chirurgie pratique, par P***.	»
L'Homme, par Descartes	»
Thérapeutique chirurgicale, par Tavernier.	»
Ostéo-myélite du maxillaire inférieur et ses rapports avec la dentition (Thèse du Dr Albert Delucq).	Dr A. Delucq.
Clinique de prothèse dentaire, par P. Martinier (2 exemplaires).	P. Martinier.

Le Bibliothécaire,
E. BONNARD.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Rapport de M. Rollin, trésorier,

Présenté à l'assemblée générale du 5 février 1898.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous soumettre la situation financière de l'Association pour l'exercice 1897.

Comme vous le voyez par l'état détaillé des recettes et des dépenses qui vient de vous être distribué, nous avons un excédent de recettes assez important, en comparaison de l'année 1896 qui était légèrement en déficit; cette situation s'explique : 1° par le boni du journal *L'Odontologie* qui, grâce à l'initiative de M. Papot, notre honorable président, et à l'excellente impulsion qu'il lui a donnée, est arrivé à la somme de 798 fr. 60, pour la part attribuée à l'Association; — 2° par une partie des intérêts des obligations qui n'avaient pas figuré sur les recettes de 1896. De plus, nous avons eu une notable diminution dans nos dépenses. — Notre situation financière, est donc de plus en plus prospère, et continuera à progresser, grâce à la rentrée des cotisations qui s'opère régulièrement.

Pour l'*Association*, les recettes se sont élevées à Fr.	5.519,81
Les dépenses à	3.758,30
Excédent des recettes...	1.761,51
Pour la *Caisse de Prévoyance*, les recettes se sont élevées à	1.175,50
Les dépenses à	356,25
Excédent des recettes....	819,25
Notre encaisse au 1er janvier 1898 est donc de :	
Association	5.674,63
Caisse de Prévoyance	12.104,15
Ensemble	17.778,78
L'actif de l'Association s'élevait au 1er janvier 1897 à.	15.198,02
Aujourd'hui il s'élève à	17.778,78
D'où une augmentation pour cette année de...	2.580,76

Je viens donc vous prier, Messieurs et chers confrères, de vouloir bien approuver mes comptes pour l'exercice 1897.

D'accord avec mon collègue M. d'Argent, trésorier de la Société de l'Ecole, je vous demande la radiation des membres en retard dans le paiement de leurs cotisations.

RÉUNION-CONGRES DE MARSEILLE

29 et 30 mai 1898 (Dimanche et lundi de la Pentecôte).

Organisée par les soins et aux frais de l'Association générale des Dentistes du Sud-Est de la France

(Sont invités à assister à cette réunion tous les Dentistes de France, faisant partie d'une Association ou d'un Syndicat professionnel.)

Questions soumises aux membres de la réunion :

1° **Pathologie** : De la dent de sagesse :
- *A.* Formation.
- *B.* Eruption.
- *C.* Ses accidents et leurs causes.
- *D.* Moyen de les prévenir.

2° **Dentisterie opératoire** : Choix judicieux de la matière obturatrice à employer après la préparation définitive de la cavité.

3° **Prothèse dentaire** :
- *A.* Pièces à succion.
- *B.* Divers modes de rétention.
- *C.* De l'articulation des appareils dentaires.

Pour tous renseignements, communications et adhésions, prière d'écrire au Secrétaire général, M. Chapot, 55, rue Gioffredo, à Nice.

NÉCROLOGIE.

Notre excellent confrère et ami M. Ronnet vient d'avoir la douleur de perdre son beau-frère, M. Burdin, après une longue et douloureuse maladie.

M. Burdin, l'un des bienfaiteurs de l'Ecole Dentaire de Paris, avait offert à titre absolument gracieux la belle galerie de vitrines qui renferment le Musée de l'Ecole.

Nous adressons à M. Ronnet et à sa famille l'expression de nos vifs sentiments de condoléance et de sympathie.

E. P.



L'ART DENTAIRE SOUS LE PREMIER EMPIRE.

Si l'impératrice Joséphine avait une vilaine bouche, il faut en chercher la cause soit dans sa négligence, soit dans sa peur des opéra-

tions, car la cour impériale possédait alors un chirurgien-dentiste des plus adroits et des plus instruits, Dubois de Chémant.

Dubois de Chémant était dentiste de Louis XVI, lorsqu'il s'associa avec Duchateau, pharmacien à Saint-Germain-en-Laye, qui avait imaginé en 1774 de construire un dentier en *porcelaine* ; c'est donc à Duchateau et de Chémant que l'on doit l'invention des dents incorruptibles, les seules employées actuellement, et non aux Anglais ou aux Américains, comme on le croit communément. Le premier ouvrage sur les « Moyens de remplacer les dents » fut publié par Fauchard en 1728, quoique avant lui Ambroise Paré ait donné des indications précieuses sur le même sujet, ainsi que sur la façon de construire des appareils pour obturer les perforations de la voûte palatine.

L'art dentaire était donc assez avancé sous le Premier Empire, pour que les personnes soucieuses de leur beauté aient pu y avoir recours avec succès.

Quant à l'époque où l'on commença à poser des fausses dents, elle se perd dans la nuit des temps, et à ce propos on peut citer les paroles de Salomon : *Nil novi sub Sole*. Effectivement, si l'on s'en rapporte aux historiens chinois, les femmes du Céleste Empire avaient recours à tous les artifices de la coquetterie, se teignaient les cheveux, se comprimaient les pieds, se faisaient remplacer les dents, mille ans avant l'arrivée de la gracieuse Eve dans le Paradis terrestre, qui, plus simple, se contentait de sa seule beauté.

Sans remonter à cette époque problématique, on peut plus sûrement faire remonter la prothèse dentaire au moins 450 ans avant Jésus-Christ. Les lois juives défendaient alors, sous des peines sévères, d'ensevelir les morts avec de l'or ; il n'était fait d'exception que pour l'or qui servait à maintenir les dents : *auro dentes virseti.*

A Rome, l'usage des dents artificielles était courant. Martial, qui nous donne même le nom du dentiste le plus connu, Cascellius, reproche à l'une de ses contemporaines d'avoir des dents achetées..... *dentibus utitur emptis*. Ces dents étaient sculptées soit dans de l'os, soit dans de l'ivoire :

Emptis ossibus indicoque cornu.

Dans un tombeau étrusque découvert par M. Van Marter à Corneto (Tarquinus), « l'or maintenant les dents artificielles est mince et mou, et paraît avoir été ajusté et forcé sur les dents dans la bouche même » ; c'était donc un appareil à demeure. En consultant de nouveau Martial, nous voyons que ses compatriotes étaient plus avancés que les Etrusques, et aussi avancés que nous ; ils faisaient des pièces pouvant se sortir et se remettre journellement ; s'adressant à Galla, il l'accusa de quitter le soir ses dents comme sa robe :

Nec dentes aliter quam serica nocte reponit.

Plus loin, il lui dit qu'elle se trompe en se servant de poudre dentifrice pour des dents achetées, car cette poudre est destinée aux jeunes filles :

> Quid mecum est tibi ? me puella sumat ;
> Emptos non soleo polire dentes.

Faisant une comparaison entre les dents de Thaïs et celles de Luconie, il dit encore :

> Thaïs habet nigros, niveos Luciona dentes.
> Quæ ratio est ? Emptos hæc habet illa suos.

Il se moque de Pélia, qui porte des fausses dents et des faux cheveux, et lui conseille de se faire poser aussi un œil :

> Dentibus atque connis, nec te putet, uteris emptis.
> Quid facies oculo Lœlia ? non emitur.

L'art dentaire paraît plus tard être tombé en désuétude, du moins en France, car Saint Louis, mort à cinquante-cinq ans, n'avait plus qu'une seule dent, quoique son austérité puisse justifier l'absence d'un dentier.

Néanmoins, les auteurs du moyen âge n'en parlent pas, et il faut arriver à la Renaissance pour y trouver des allusions soit dans les satiriques, soit dans les traités de chirurgie ou de médecine.

Louis XIV ne paraît pas, lui non plus, avoir voulu bénéficier des progrès de la prothèse dentaire, car dans les journaux de ses médecins, Vallot, d'Aquin et Fagon, qui parlent longuement de la bouche royale puisqu'elle possédait un abcès de l'antre d'Higmore, il n'est jamais question de la pose d'un appareil.

De cette courte description, il résulte que les dents artificielles existent depuis longtemps, et que si les souverains de tous pays n'en ont pas usé, à différentes époques, c'est qu'ils étaient moins soigneux de leur auguste personne, que beaucoup de leurs modestes sujets.

(*L'Intermédiaire des Chercheurs et des Curieux.*)

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS.

? N° 58. — *Où peut-on se procurer le nouvel anesthésique local : l'orthoforme ?*

Ch. D.

? N° 59. — *Un ancien dentiste patenté ne s'occupant plus que de prothèse, peut-il laisser la direction de son cabinet d'opérations à un opérateur non patenté ni diplômé d'une Faculté française ?*

CH. D.

RÉPONSES.

N° 59. — *On ne peut laisser la direction absolue d'un cabinet à un opérateur n'ayant pas la capacité de dentiste. Sur cette question à aspects complexes, se reporter à un article spécial que* L'Odontologie *a publié dans le numéro du* 15 *novembre* 1897, *page* 355.

N° 54. — *En réponse à la question posée précédemment, MM. Reymond frères nous écrivent pour nous signaler leurs appareils d'éclairage par l'électricité. (Voir l'annonce sur la couverture de ce numéro.)*

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

On nous demande souvent si nous ne possédons pas une liste complète de tous les dentistes exerçant en France ou dans les pays voisins. Nous serions tout disposés à entreprendre la confection de ce travail, si tous nos lecteurs voulaient bien nous y aider. Pour cela il faudrait qu'ils voulussent bien adresser à l'Administrateur de *L'Odontologie* leur carte de visite ou, à défaut, une petite note contenant les détails nécessaires : nom, prénoms, grades, heures de consultations, indication des villes où ils se rendent périodiquement, adresse, etc.

Société de Prévoyance et d'Assurance en cas de Décès.

Nous attirons à nouveau l'attention des membres de l'Association sur l'utilité de la création de la Société de Prévoyance et d'Assurance en cas de Décès. Nous avons reçu un certain nombre d'adhésions, et nous ne doutons pas que le minimum de 40 adhésions ne soit bientôt atteint.

A la demande de plusieurs de nos correspondants, nous avons publié à nouveau les statuts dans le numéro du 30 août, en faisant un pressant appel à nos confrères.

Envoyer les adhésions à **M. CLASER**, président de la Caisse de Prévoyance des Dentistes, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS.

18e ANNÉE. N° 7. 15 AVRIL 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Ce numéro est orné de 15 figures dans le texte.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

En prenant possession de la présidence du Conseil d'administration de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, ainsi que de la direction de cette école, postes auxquels il vient d'être [récemment réélu, M. Godon a prononcé l'allocution suivante dans la séance du Conseil du 29 mars 1898 :

Mes chers Collègues,

Vous avez préféré, cette année, pour renouveler votre bureau, attendre que les nombreux travaux qu'avait nécessités le transfèrement de notre Société dans son nouveau local, soient entièrement terminés ; vous avez voulu laisser ainsi au bureau de 1897 tout l'honneur d'avoir dirigé et mené à bonne fin cette entreprise longue, difficile et même assez compliquée.

En m'appelant à nouveau à la présidence de notre Société, à la direction de notre Ecole, en maintenant tous mes dévoués collaborateurs dans leurs postes respectifs, je considère que votre intention a été de nous remercier chacun de la part que nous avons prise à cette réinstallation.

Je suis bien sensible à cette nouvelle marque de votre confiance. Aussi continuerai-je, comme je le fais depuis dix-neuf ans, à donner à notre chère Ecole tout le dévouement

dont je suis capable. Si notre tâche devient chaque jour un peu plus lourde par suite de l'extension incessante de notre institution, nous en sommes de plus en plus récompensés par les succès qui couronnent nos efforts, depuis les cinq dernières années surtout.

Combien ces succès paraissent grands si l'on compare un instant le point de départ avec le point d'arrivée : le modeste appartement de la rue Richer où nous abritions en 1879 notre école naissante, et le superbe local où nous l'avons installée en 1897 ! On s'explique la place importante qu'occupe maintenant cette Ecole dans notre profession, aujourd'hui plus honorée, quand on se souvient du rôle qu'elle a joué dans son relèvement.

Appuyée sur une Association qui compte à présent près de 500 membres, cette Ecole a, pendant dix-neuf ans, donné l'instruction professionnelle à plus du tiers des dentistes exerçant actuellement en France, dont 400 possèdent son diplôme. Elle a recruté son corps enseignant non-seulement parmi les praticiens dévoués à l'institution, mais encore parmi les professeurs empruntés aux grands établissements d'enseignement de l'Etat : Faculté de médecine, Ecole de pharmacie, corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux, etc., qui se présentent à ses concours. Son personnel scolaire compte, cette année, 150 élèves, français ou étrangers, dont plusieurs sont gradués en médecine.

Reconnue d'utilité publique, subventionnée, encouragée par les pouvoirs publics, cette Ecole est devenue, par la loi de 1892 et les décrets complémentaires, un établissement important d'enseignement supérieur libre de l'Université.

Nous venons enfin de la doter d'une installation matérielle en rapport avec son développement et son rang. Et si nous avons dépensé, sans compter, près de 80.000 francs pour cette installation, c'est-à-dire toutes les réserves provenant des dons que nos généreux amis et nous-mêmes nous avons chaque année versés dans sa caisse, nous avons enfin le plaisir de voir tous ceux qui viennent la visiter

journellement se retirer visiblement satisfaits, en comparant cette école aux meilleures institutions similaires étrangères.

Ces résultats, mes chers Collègues, nous donnent le droit d'être fiers de notre œuvre, d'autant plus qu'ils sont dus uniquement aux sentiments les plus élevés qui puissent servir de mobiles aux hommes, puisqu'il n'est entré dans cette entreprise aucune pensée de lucre ni de profits personnels. Association purement philanthropique, créée en vue de l'intérêt général des dentistes et du public, elle a été établie sur des bases qu'on a l'habitude de considérer dans notre pays comme un peu utopiques ; pourtant elle a vécu, elle a prospéré, par le dévouement et le désintéressement continus de tous les membres de notre Société.

Vous savez bien que j'exprime la vérité quand je dis que ces sentiments altruistes ont été et sont restés les bases de notre institution ; il suffit d'évoquer le souvenir de celui qui nous fut si tragiquement enlevé, il y a bientôt deux ans, et qui reste un exemple pour tous. Vous vous souvenez qu'il fut assez dévoué, assez désintéressé, pour négliger ses affaires personnelles au profit de celles de notre institution, et pour mourir pauvre, après avoir occupé les plus hautes fonctions dans notre groupement. Vous avez même, en cette triste circonstance, offert à sa malheureuse famille la plus touchante preuve de la solidarité qui existe parmi nous.

Aussi, mes chers Collègues, ce groupement demeure-t-il pour nous le milieu sympathique par excellence, puisque nous y sommes attirés par une commune camaraderie d'idées et de sentiments.

C'est évidemment à cette organisation essentiellement philanthropique et désintéressée, nous ne craignons pas de le répéter, que nous devons l'approbation générale et l'appui que nous avons obtenus depuis dix-neuf ans dans le monde politique, scientifique et professionnel.

Mais c'est à cela aussi, il faut bien le dire, que nous

devons les quelques inimitiés que nous avons rencontrées parfois, à la suite du discrédit jeté par notre œuvre sur des tentatives similaires qui n'ont pas pour principe exclusif l'intérêt professionnel, pour base la bienfaisance.

Qu'importent dès lors les attaques injustes que peuvent vous adresser des hommes qui n'ont pas compris le but de vos efforts ou ne veulent pas le connaître !

Du reste, à quoi servent les injures, dans un débat professionnel ? Elles ne sauraient remplacer les arguments, elles donnent uniquement une indication sur le degré d'éducation de celui qui les emploie, mais ne prouvent pas qu'il ait raison, et le disqualifient pour les luttes des idées, où la courtoisie est la règle.

Ces luttes, nous sommes toujours disposés à les soutenir si elles peuvent servir aux intérêts généraux auxquels nous nous consacrons. Mais c'est dans nos assemblées surtout qu'elles ont leur place, en présence des membres de nos sociétés, dont nous sommes les mandataires et qui, ceux-là, ont le droit de nous contrôler, de nous critiquer et de nous juger. Il convient donc de ne pas nous laisser détourner de notre œuvre.

Plus notre École prend d'extension, plus elle a besoin de tous vos efforts pour assurer sa marche ascendante, régulière, pour étendre et perfectionner ses divers services, et pour maintenir son enseignement en rapport avec les progrès de la science et de l'art dentaire. La vie professionnelle devient de jour en jour plus active, des réunions s'organisent de divers côtés dans notre pays ; nous avons le devoir de participer à ces diverses manifestations. Il y a là une tâche suffisante pour occuper largement le temps que nous réservons aux affaires professionnelles.

Conservons donc toutes nos forces, tout notre dévouement, pour les œuvres dont nous avons mission d'assurer la prospérité, et par suite écartons de notre route, si nous ne pouvons les convaincre, ceux qui cherchent à créer des dissensions parmi les dentistes de France, car l'union de tous, jusqu'à présent si féconde, reste le facteur indispen-

sable pour le progrès de nos institutions et la préparation de la grande réunion internationale qui doit avoir lieu à Paris en 1900.

Après avoir entendu cette allocution, le Conseil d'administration a adopté *à l'unanimité* l'ordre du jour suivant :

Le Conseil, approuvant les idées de politique générale exprimées par son Président, décide la publication de son allocution dans le prochain numéro du journal « L'Odontologie ».

TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897.)

Séance du samedi matin.

30 octobre.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE.

Présidence de M. le Dr A. ROSENTHAL.

M. CORNELSEN présente une

MACHINE ÉLECTRIQUE COLUMBIA DE LA RITTER DENTAL MANUFACTURING C°

Les qualités distinctives de cette machine sont les suivantes:

Le moteur, enfermé dans une enveloppe sphérique, est suspendu à une potence au moyen d'une corde roulant sur deux poulies et conduisant en même temps le courant au moteur.

Le moteur est balancé par un contrepoids du même poids que le moteur, permettant de faire monter et descendre le bras sans aucun effort et de travailler sans qu'il y ait un tirage sur la main de l'opérateur.

Le moteur est d'une construction très simple et solide, demande peu de soins et ne peut jamais se déranger.

Il est mis en mouvement par une pédale libre, pouvant se placer à côté du fauteuil à n'importe quel endroit, et traversé par un levier.

En poussant le levier à droite ou à gauche le moteur fonctionne en avant ou en arrière, et la vitesse va de 500 à 4000 tours à la minute, suivant qu'on pousse plus ou moins le levier.

Le pied de l'opérateur reste à plat sur le parquet, il n'y a donc ni fatigue, ni position incommode. En retirant le pied, le levier revient à sa position centrale et le moteur s'arrête instantanément. Le moteur est entièrement à l'abri de la poussière. Il fonc

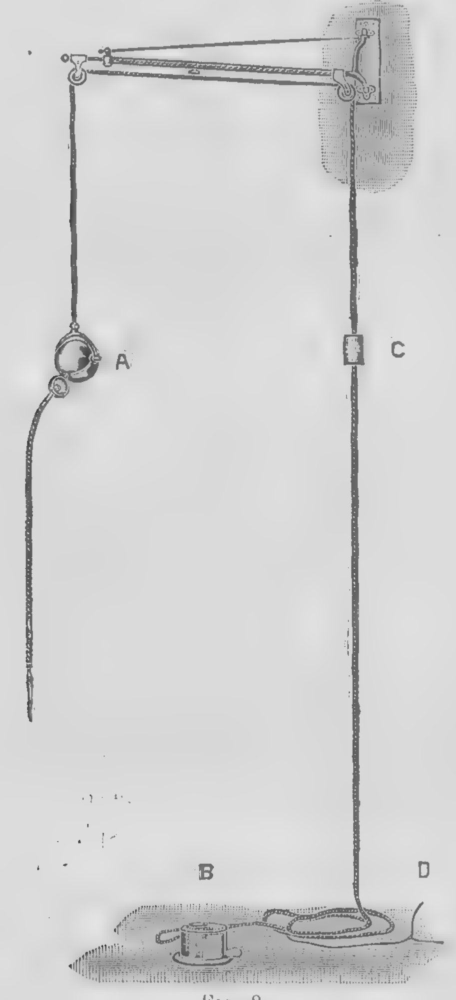


Fig. 8.

tionne sans aucun bruit, et la dépense en électricité est absolument minime.

Le moteur marche avec le courant continu de 110 volts, et l'installation de l'appareil est d'une simplicité extrême, ne nécessitant le secours d'aucun électricien et ne demandant aucune connaissance spéciale.

La force du moteur reste la même, qu'il tourne vite ou lente-

ment, ce qui le distingue de presque tous les moteurs construits jusqu'à présent et qui présentent ce défaut capital qu'en fonctionnant à petite vitesse la force tombe à presque rien.

M. Ott, représentant de la maison Kölliker, présente les appareils suivants :

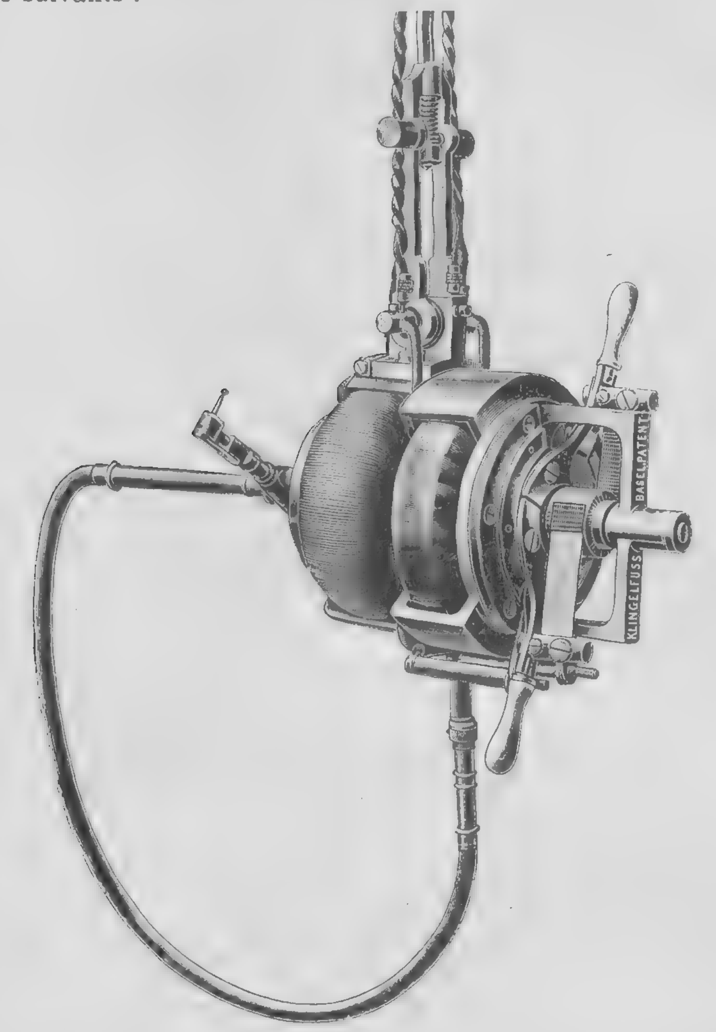


Fig. 9.

1° UN TOUR A FRAISER ÉLECTRIQUE de la maison P. A. Kölliker et Cie.

Type à suspension, avec bras de S. S. White, pour courant continu de 110-120 volts ou accumulateurs, avec déclanchement permettant l'arrêt instantané de la fraise au moyen de la pédale. Changement de marche par la pédale.

2° UN TABLEAU DE DISTRIBUTION permettant de faire marcher le tour électrique, ainsi que le cautère, le miroir à bouche, la cata-

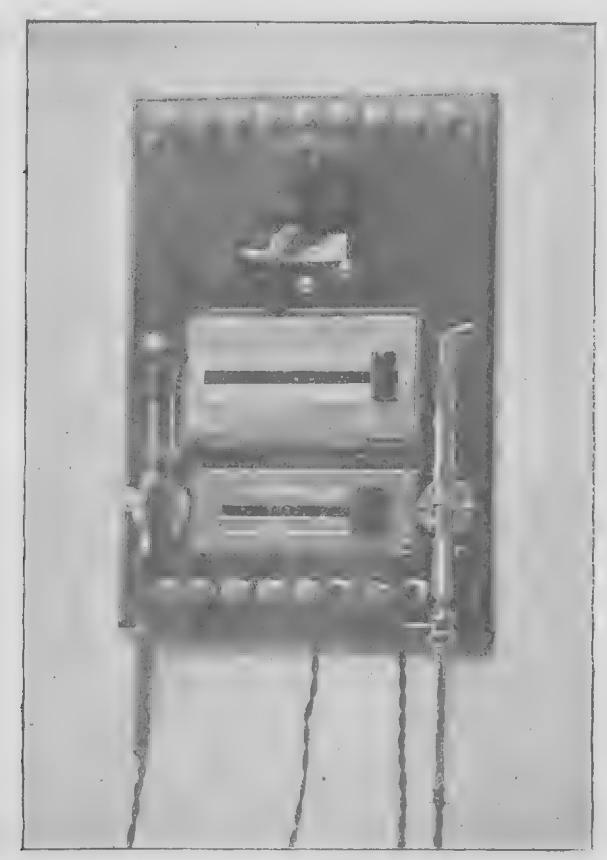


Fig. 10.

phorèse; bref, toutes les applications du courant électrique nécessaires dans le cabinet d'opérations.

MM. Reymond Frères présentent des

MACHINES A FRAISER ÉLECTRIQUES

Ces machines, construites dans leurs ateliers, sont munies du moteur Lecocq, bien connu par ses qualités: fabrication irréprochable, rendement supérieur et endurance. Elles se font de trois genres:

1° Avec moteur monté sur pied à base-disque et tablette sur laquelle se trouve un régulateur à main permettant l'arrêt instantané et le réglage de la marche en avant et en arrière. (Modèle n° 1.)

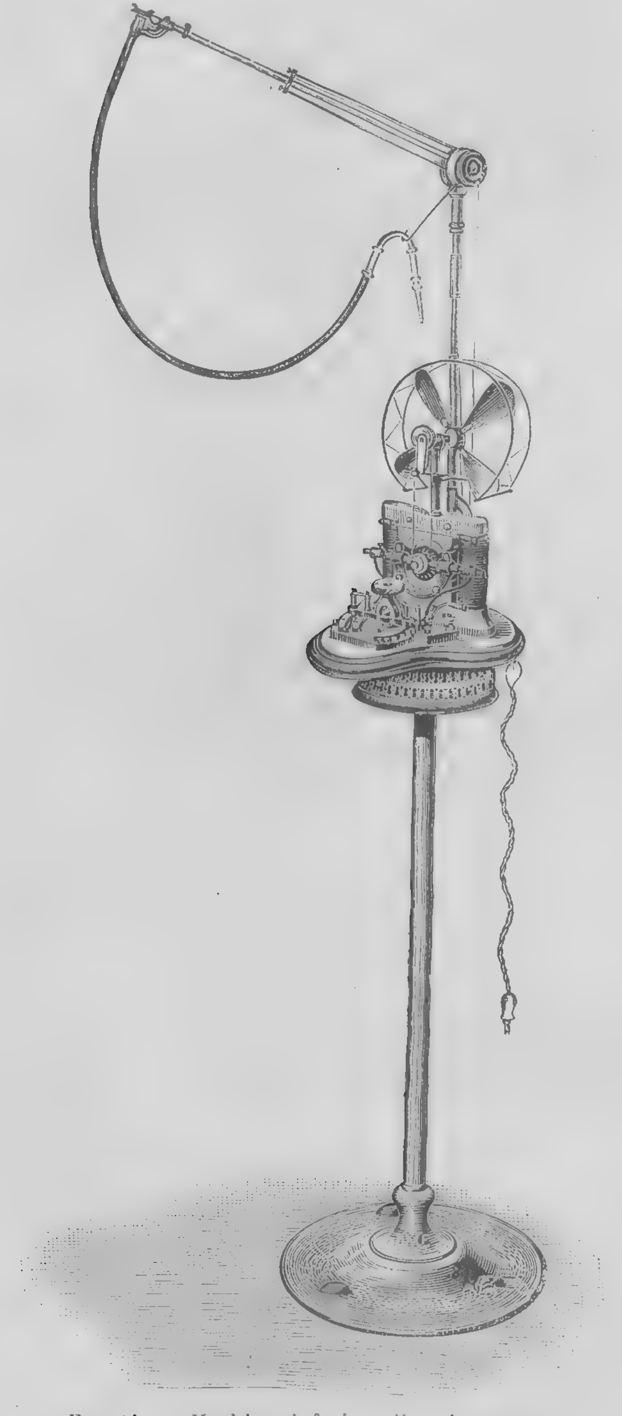


Fig. 11. — Machine à fraiser électrique, n° 1.

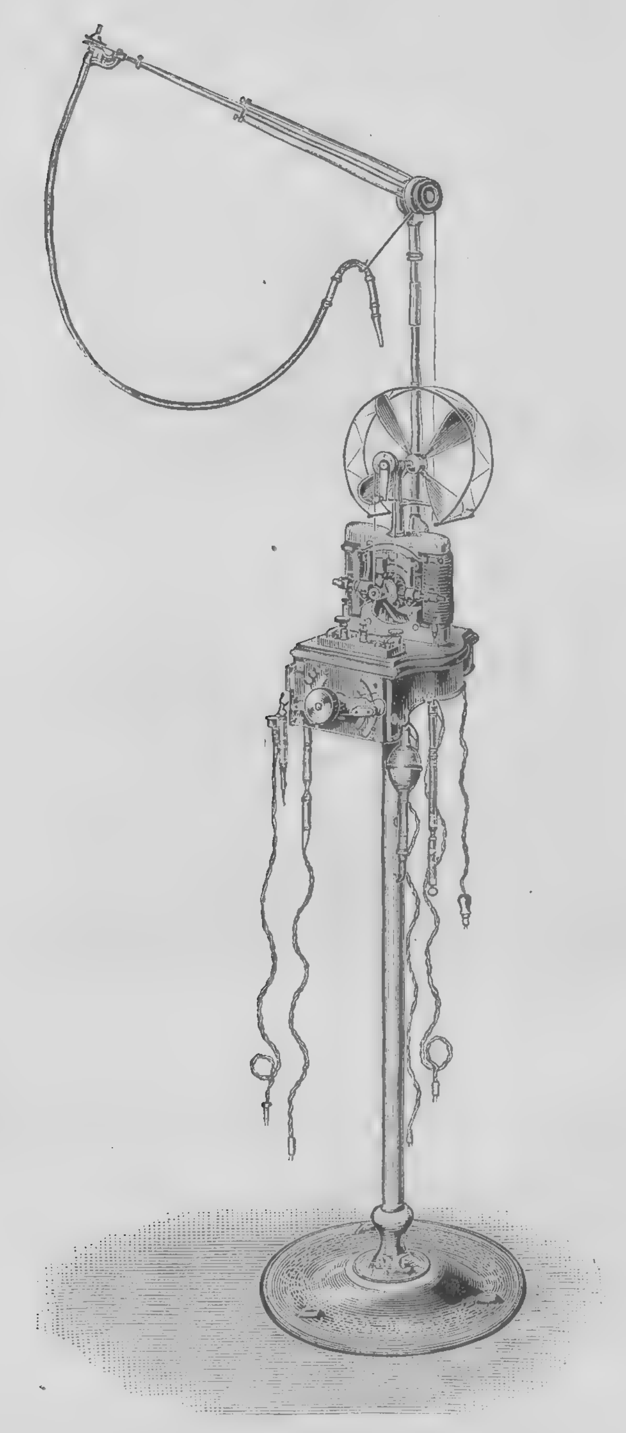


Fig. 12. — Machine à fraiser électrique avec moteur transformateur, n° 3, pour seringue électrique, cautère, lampe à bouche et maillet.

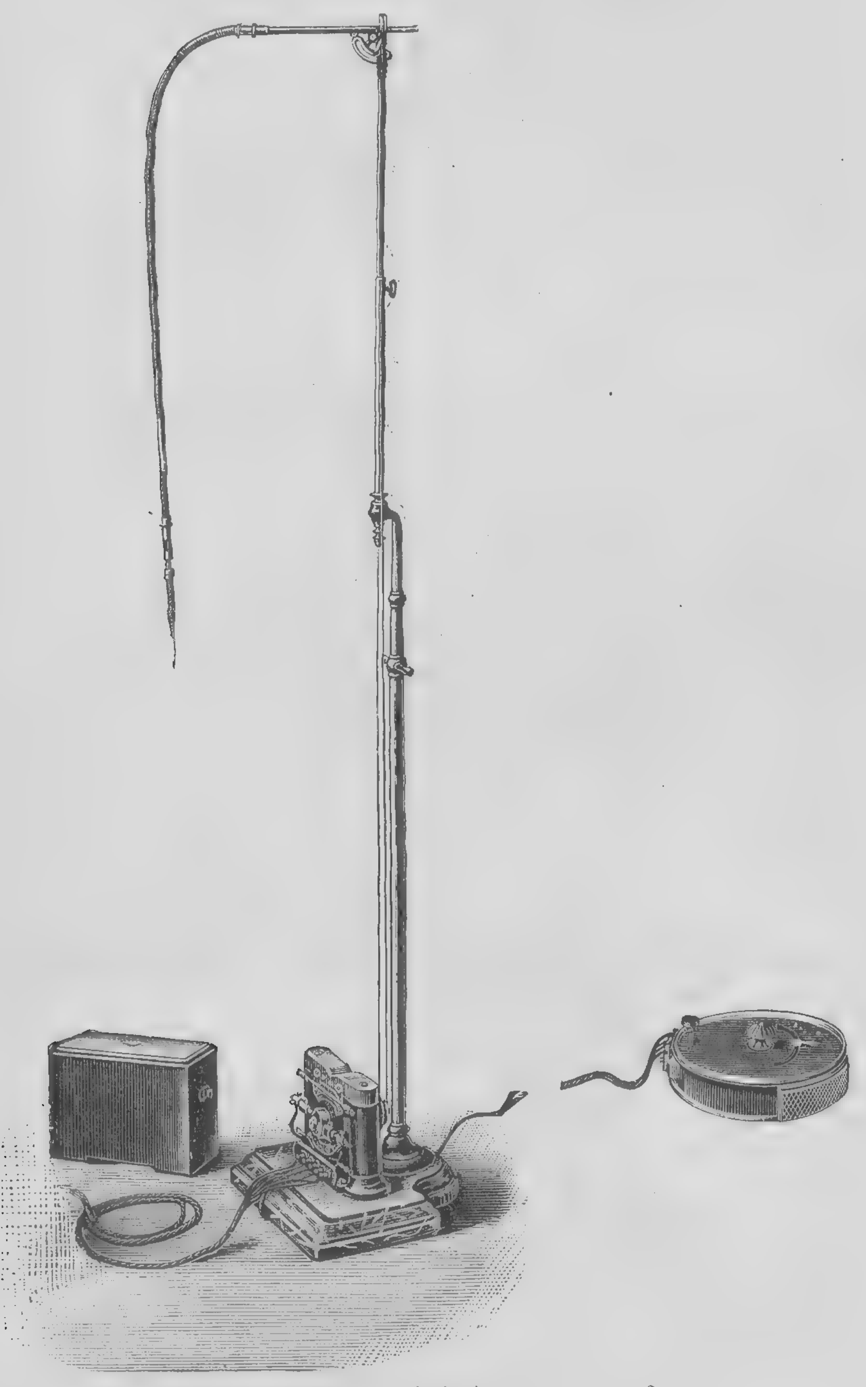


Fig. 13. — Machine à fraiser électrique, n° 2.

2° Avec moteur de même modèle, mais muni d'un transformateur pour les courants de haute tension, permettant de faire fonctionner, outre la machine à fraiser, les accessoires tels que seringue à air et cautère. (Modèle n° 3.)

3° Avec moteur placé sur un petit socle en fonte muni de roulettes, et pédale régulatrice nouveau genre, dont l'entraînement se fait aisément avec la pointe ou le côté du pied. Arrêt instantané, mouvement en avant et en arrière. (Modèle n° 2.)

Toutes ces machines sont munies ou peuvent être munies du bras dit « oscillant », qui supprime toute trépidation dans la marche.

MM. Reymond Frères présentent également une :

LAMPE ÉLECTRIQUE UNIVERSELLE

Telle qu'elle est représentée par la gravure ci-contre, cette lampe est adaptée sur un petit bras se fixant à la paroi. Mais elle

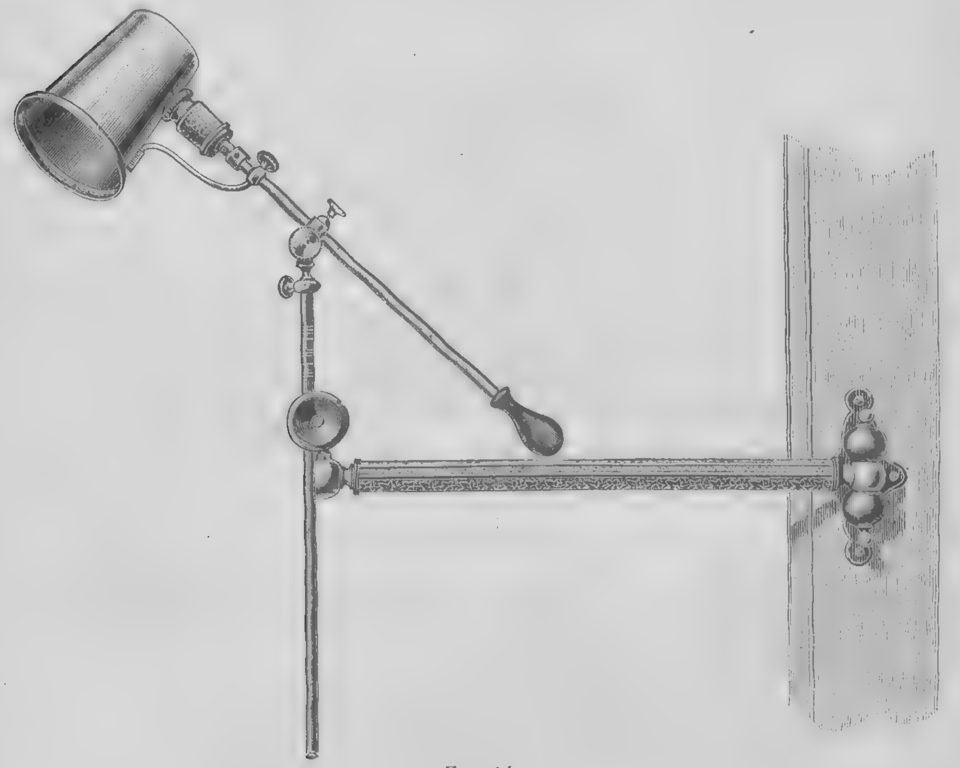


Fig. 14.

fonctionne aussi très bien, montée sur l'attachement du fauteuil avec un support spécial.

Cet appareil, articulé de façon à pouvoir être dirigé dans tous les sens, donne une lumière concentrée très intense. Le fauteuil,

la tablette et le crachoir peuvent être éclairés, tandis que le cabinet reste dans l'obscurité. Ce dernier point constitue un avantage indiscutable, profitant au patient énervé et à l'opérateur fatigué.

Lampe électrique s'adaptant à la têtière du fauteuil.

Cette lampe, qui a la puissance de cinq bougies, est supportée par un bras articulé, ce qui permet d'en modifier rapidement la position selon les besoins. Elle peut fonctionner avec une batterie de piles, ou avec accumulateurs, ou encore avec courant direct, moyennant une forte résistance.

M. H. Leger-Dorez (de Paris) présente

UN MOTEUR ÉLECTRIQUE A PÉDALE-COMMUTATEUR BREVETÉE

A L'USAGE DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

Désirant apporter ma petite collaboration à notre Congrès dentaire de 1897, je vais avoir l'honneur et le plaisir de vous présenter un appareil destiné à transformer bon nombre de tours dentaires ordinaires, mus par le pied, en tours électriques des plus pratiques.

Mon moteur, sans être une invention de toutes pièces, est un assemblage d'éléments ordinaires, une adaptation heureuse de choses connues formant un tout qui, par sa simplicité, est appelé, je crois, à un grand succès dans le monde dentaire. — Deux parties principales, la pédale et le frein, sont dignes d'attirer votre attention. La première, pour laquelle j'ai revendiqué un brevet, est le point capital de cette communication. Le duplicata du livret, accompagné du dessin ci-contre, vous en dira du reste bien plus long que je ne pourrais le faire, car il vous permettra de vous rendre un compte exact de la fabrication et du fonctionnement de cette pédale.

La fig. 1 est une vue en plan de mon appareil, la fig. 2 en est une coupe verticale suivant le plan symétrique de l'appareil, montrant surtout le dispositif inverseur du courant. La fig. 3 montre une vue de face des connexions de l'inverseur.

Sur un bâti métallique creux 1 est montée une douille 2 autour de laquelle tourne un levier 3 qui peut être manœuvré avec le pied. — Une pièce de contact 4, maintenue par 2 tiges 5, 5, fixées au levier 3, et sur lesquelles elle peut se mouvoir, est appuyée fortement sur les plots correspondants d'un rhéostat, au moyen de ressorts 6, 6.

Les plots sont fixés sur une plaque d'ébonite 9 vissée sur le bâti métallique.

Lorsque la machine est au repos, le levier est placé sur les

touches 10, 11. — Le plot 12 est relié à l'un des fils du circuit, l'autre fil communiquant avec le plot 17. Les autres plots correspondent aux limites d'un rhéostat distribuant plus ou moins d'électricité. — Lorsque le levier 3 sera placé sur une des touches correspondant à une petite section de rhéostat, il passera beaucoup de courant et le moteur marchera plus vite ; si le levier est appliqué sur des plots correspondant à un grand poste de rhéostat, le moteur marchera plus lentement ; en suivant une gamme entre les plots 14, 15, 16 et 17, nous obtiendrons 5 vitesses bien réglées et bien différentes, ascendantes ou descendantes suivant que vous déplacerez le levier à droite ou à gauche.

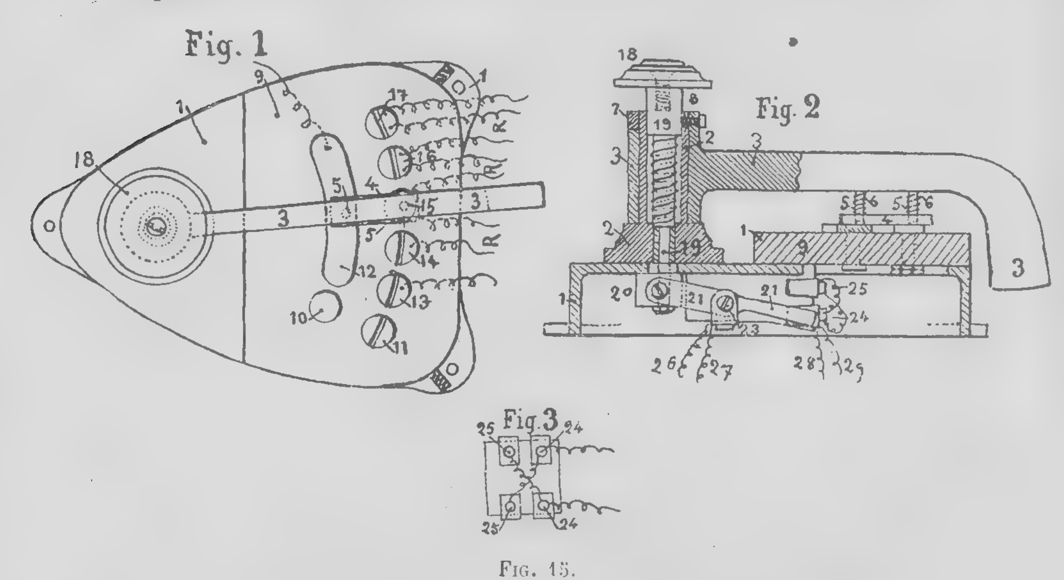


Fig. 15.

Si l'on appuie sur le bouton 18, les courants se trouveront inversés, et le moteur tournera en sens inverse ; il reprendra la marche régulière sitôt qu'on cessera d'appuyer sur le bouton.

Le moteur employé concurremment avec cette pédale est un moteur quelconque, de préférence bien ajusté, tels que les types de Doignon ou Glocker, afin d'éviter les tremblements, et pouvant marcher directement sur un courant à 110 volts ; il devra être pourvu d'une marche avant et arrière. La partie délicate à ajuster à l'un de ces moteurs est le frein, petite pièce que j'ai imaginée et qui se place immédiatement sous l'arbre de transmission. Deux bobines, formant électro-aimant à la manière d'un trembleur de sonnerie, agissent sur une pièce d'acier sur laquelle est fixé un assemblage de cuivre formant sabot du frein.

Sur l'arbre de transmission sont fixées deux roues, une à gorge pour la transmission du mouvement, une à bords plats sur laquelle agit le sabot du frein. Au moment précis où le courant

électrique cesse d'agir pour la marche du moteur, un dispositif compris dans la pédale renvoie tout le courant dans les bobines des électro-aimants qui agissent sur la pièce d'acier portant le sabot, lequel, par sa position, vient s'adapter par une friction énergique sur la roue et paralyse instantanément le reste de la force acquise par le moteur. Ce frein agit aussi bien pour la marche en avant que pour celle en arrière.

Sur la partie haute du moteur, une pièce universelle ou arbre coudé permet l'adaptation immédiate de n'importe quel arbre de tour ordinaire que l'on possédera déjà et qui pourra à l'occasion redevenir tour à pied à volonté : il suffira d'adapter la corde de transmission.

Une élégante boîte en acajou renferme le moteur et, par son capiton, en intercepte le bruit. — Une dernière pièce enfin terminera la confection de notre moteur.

Le rhéostat gradué intercalé dans le courant, entre le moteur et la pédale, permet, par l'intermédiaire des plots de la pédale, de transmettre à notre moteur tous les commandements désirables, comme on l'a vu dans la description du dessin de brevet cité plus haut.

Cela bien exposé, je terminerai en ajoutant que ce moteur, en tous points pratique, coûtera moins cher que tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour, ne brûlera jamais et pourra, par son déplacement facile, servir au même praticien, simultanément au cabinet ou à l'atelier : il actionnera aussi bien le tour délicat qu'il pourra servir aux gros ouvrages; il suffira de déplacer l'ordre de la résistance, le moteur pouvant marcher à 110 volts grande force, 25,000 tours, ou à 30 volts force minima, 500 tours.

M. LEGER-DOREZ présente ensuite

UN SUPPORT DE LAMPE

APPLICABLE A LA LUMIÈRE ÉLECTRIQUE, A L'ACÉTYLÈNE ET AUTRES GAZ, BREVETÉ S. G. D. G. POUR L'ÉCLAIRAGE DE LA BOUCHE, DU PHARYNX, ETC., ETC.

En addition à ma première communication de moteur, permettez-moi de vous présenter, si je n'abuse de votre temps précieux, un objet qui, de l'avis de quelques confrères à qui je l'ai déjà montré, saura retenir quelques instants votre attention.

Il s'agit de l'éclairage de la bouche à courtes distances. — Sans essayer d'énumérer ici les moyens actuels d'éclairage, qui auront leurs défenseurs, je ne crains pas de dire qu'il n'y avait jusqu'à présent rien de pratique.

Avec tous les réflecteurs actuels, il était de toute impossibilité de faire la nuit un travail sérieux. J'ai donc condamné l'éclairage à distance par réflexion et ai cherché un instrument pratique qui permette d'éclairer de près localement, sans gêner l'évolution de

l'opérateur, tout en n'incommodant pas trop les yeux du patient par les jets de lumière diffuse.

Cet appareil est fort simple ; le voici :

En supposant que la source de lumière soit l'électricité, la fig. 16 de notre dessin nous instruira entièrement, car elle donne

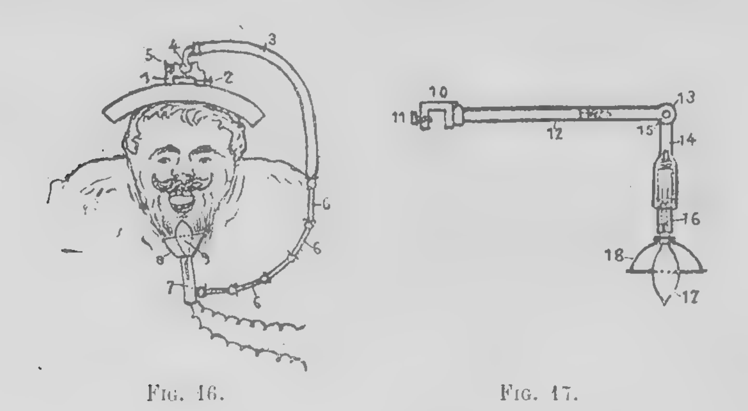


Fig. 16. Fig. 17.

une élévation de notre support. Ce bras mobile comprend une mâchoire 1, avec vis de serrage 2, permettant de le fixer sur la branche montante de la têtière du fauteuil ou sur tout autre objet à proximité de cette têtière. Une rotule 4 réunit cette mâchoire à un bras 3 qui est recourbé de manière à pouvoir passer par-dessus, ou aux côtés de la têtière du fauteuil. La vis 5 permet de fixer le bras dans la position déterminée.

Ce bras 3 est prolongé par une série de petits éléments 6, 6, 6, réunis les uns aux autres au moyen de rotules. Le dernier de ces éléments porte une gaine fendue 7, sur laquelle sont fixés le réflecteur 8 et la lampe 9. Si on le désire, le réflecteur 8 peut être muni d'une lentille destinée à concentrer les rayons lumineux.

Grâce à l'assemblage par rotules de toutes les parties de ce support, on peut donner à la lampe une position absolument quelconque et, par suite, éclairer comme on le désire la bouche du patient.

Le pouvoir éclairant de la lampe peut varier suivant le désir. Celles que je préconise comme produisant les meilleurs résultats, sont les petites lampes « Trouvé » de 10 à 15 volts, qui donnent 3 à 4 bougies. Ces petites lampes sont montées en tension sur une lampe d'éclairage général ou sur une lampe destinée à éclairer en même temps la tablette porte-instruments, absorbant la différence du voltage fourni par le secteur. Il est bien entendu que n'importe quelle source électrique peut être employée; il suffit de varier la force d'absorption des lampes employées.

Si le pouvoir éclairant est l'acétylène ou tout autre gaz, nous remplaçons les fils conducteurs d'électricité par du petit tuyau

de caoutchouc souple et plaçons un réflecteur spécial muni d'un bec extrêmement fin. A l'autre extrémité du tuyau, sous le fauteuil ou dans un meuble, nous intercalons un générateur comme ceux déjà employés pour l'éclairage des bicyclettes, et nous possédons dès lors une lampe extrêmement portative, employable surtout en province ou chez ceux de nos confrères ne possédant pas de source électrique, et dont le pouvoir éclairant pourra rivaliser avec la lumière électrique. Une clause spéciale attachée au brevet permet de varier la forme, la dimension, ainsi que les matières employées pour la fabrication de ces supports. On pourra donc, suivant les besoins et pour les cas particuliers, faire adapter ce bras porte-lampe sur les fauteuils de dentistes, lits, tables d'opérations, enfin sur tous objets où un éclairage très rapproché sera nécessaire.

Lorsque notre petite lampe de 10 volts sera couplée sur une de 100 volts et qu'on voudra se servir de cette dernière pour l'éclairage de la tablette, un petit dispositif de support est destiné à cet effet. Par la fig. 17 on s'en rendra un compte exact.

Sur une colonne 12 est une mâchoire 10, adaptable au bras mobile de la tablette. Le tout est fixé par une vis de serrage 11. A la tête de la colonne est une charnière ou tête mobile 15, qui permet de faire varier en tous sens la lampe 17, retenue par une douille 16, sur laquelle vient s'adapter un réflecteur 18. Un trou 14 est ménagé dans la douille pour laisser arriver les fils si la source de lumière est l'électricité, le tuyau en caoutchouc si c'est l'acétylène qui est employé.

PRÉSENTATION DE L'ÉTHYLEUR ET DE L'ÉTHYLEUSE.

M. d'Argent (de Paris)[1]. — L'éthyleur comprend un récipient contenant le chlorure d'éthyle pur. Ce chlorure d'éthyle, par le mouvement d'un robinet très maniable, passe dans une aube d'émission que l'on introduit dans la bouche et dont on peut amener l'extrémité libre à n'importe quel endroit de la bouche.

L'instrument présente ce grand avantage que, d'un volume relativement faible, il peut être tenu d'une seule main, tandis que l'autre main reste libre pour écarter la langue, les lèvres, les joues.

L'éthyleur est de forme prismatique quadrangulaire et renferme non seulement la cavité où est contenu le chlorure d'éthyle, mais encore un manchon entourant cette cavité, manchon dans lequel on peut introduire une certaine quantité d'eau, à une température atteignant 30°. De la sorte, l'appareil n'a pas à redouter les basses températures extérieures. La forme prismatique quadrangulaire permet de le poser rapidement sur une table sans qu'il roule ou se déplace de lui-même.

---

1. Voir : De l'instabilité des anesthésiques réfrigérants, *L'Odontologie*, 30 décembre 1897, page 453.

Un certain nombre d'extractions sont faites à l'aide de ce procédé et l'anesthésie locale paraît parfaite.

ANESTHÉSIES PAR LE GAIACYL.

M. le Dr O'Followell se sert d'une solution au 1/20e de gaïacyl, qui est du gaïacyl-sulfite de chaux. A l'aide d'une petite seringue ordinaire, on fait les injections dans la gencive autour de la dent malade en dirigeant la pointe de la seringue vers la racine. On attend cinq minutes et l'on peut alors faire l'extraction. M. Sauvez a extrait une dent de sagesse à un congressiste qui a déclaré n'avoir pas éprouvé de douleur du fait même de l'extraction.

DÉMONSTRATIONS ET PRÉSENTATIONS DIVERSES

Par M. le Dr Herbst (de Brême).

A. — Démonstration a l'or submarine.

a) Aurification faite avec l'or submarine trempé dans de l'eau préalablement, sur une dent montée dans un bloc de plâtre.

b) Aurification avec l'or submarine non humecté.

c) Reconstitution avec de l'or à 60 passé à la flamme.

d) Aurification d'une cavité interstitielle dans la bouche en six minutes.

B. — Application d'épingles ordinaires et anglaises remplaçant les clamps pour la fixation de la digue.

M. Herbst a imaginé de se servir d'épingles au lieu de clamps. Il coupe la pointe d'une épingle et la recourbe à son extrémité, puis la glisse entre les deux dents. Il pose alors la digue par dessus et cette dernière est tenue en place.

C. — Pour les caries du collet il confectionne un clamps avec une plume métallique qu'il recuit et dans laquelle il fait un trou aussi grand qu'il est possible. Il redresse et replie la partie supérieure du côté concave. Il la fixe en place sur les dents avec de la gomme laque de telle sorte qu'elle refoule la gencive. Bien entendu on a soin de placer la digue au préalable.

Il a perfectionné ce dernier modèle qu'on peut trouver chez les fournisseurs.

M. Herbst a construit également un petit appareil d'une simplicité remarquable, qui sert à écarter la digue des dents à obturer. Il consiste dans une aiguille qu'il fait recuire et qu'il courbe deux fois à une de ses extrémités, tandis que l'autre reste pointue. Cette dernière prend son point d'appui au collet de la dent, l'autre extrémité sur le caoutchouc. La tension du caoutchouc tient l'aiguille en place.

D. — Trituration de l'amalgame avec le mercure en poids égaux.

M. Herbst a fait une série d'expériences dont il donne les résultats, concernant les amalgames d'or et d'argent.

Dans une première il démontre que l'alliage d'or combiné en poids égaux avec le mercure ne subit pas de rétraction, même au bout de plusieurs années.

Dans une deuxième, que l'amalgame mou est bon conducteur de la chaleur et que l'amalgame dur l'est beaucoup moins.

Dans une troisième il prouve que, lorsque le durcissement est opéré, le mercure contenu dans un amalgame n'a plus aucune action sur l'or.

Dans une quatrième il démontre que le meilleur des amalgames est l'amalgame d'or contenant beaucoup de mercure et en plus une feuille d'argent.

E. — Limage des dents en cas d'érosion ou d'inégalité de l'émail. Il emploie la meule en carborundum. Lorsqu'il y a des crevasses trop profondes, il les obture néanmoins. Après le rodage il repolit les dents à l'aide de la pierre, puis de l'émeri, enfin avec des instruments en caoutchouc ou en bois montés sur le tour et trempés dans du tripoli.

F. — Présentation de différents procédés pratiques, tels que l'application de la feuille d'or sur le caoutchouc.

G. — Séparation de dents a l'aide d'une rondelle en métal trempée dans l'émeri mouillé.

H. — Section de dents a l'aide d'une rondelle en métal trempée dans l'émeri mouillé.

Tous les congressistes présents suivent avec beaucoup d'intérêt les différentes présentations du Dr Herbst et applaudissent son ingéniosité.

AURIFICATIONS A L'OR MOU.

M. Richard-Chauvin (de Paris) exécute en quelques minutes une aurification à l'or mou par la méthode des cylindres, et chacun peut en apprécier les qualités.

L'avantage principal que présente l'aurification à l'or mou, c'est sa rapidité : en quatre ou cinq minutes on fait une aurification de quatre feuilles. La cavité demande une préparation spéciale. Il faut que ses bords soient perpendiculaires à la surface triturante ; l'aurification se fait alors au moyen de cylindres d'une hauteur un peu supérieure à celle de la cavité. On place ces cylindres de façon à ce qu'ils soient perpendiculaires à la surface triturante et parallèles entre eux ; on foule chaque cylindre d'abord latéralement, on fait pénétrer le dernier cylindre à force et on foule ensuite perpendiculairement à la surface triturante.

DENTS A PIVOT CREUX ET A TALON EN ÉMAIL.

M. Richard-Chauvin confectionne et pose une dent à pivot de son système.

L'avantage du pivot creux consiste dans ce fait qu'on peut le

retirer facilement, même scellé, lorsque la couronne vient à se casser. On donne un coup de meule à plat, on retrouve l'ouverture du tube, et, avec une fraise cylindrique, en détournant, on use le pivot sans user davantage les parois du canal de la racine. L'émaillage se fait avec le four de Léger-Dorez et l'émail fusible Ash.

OBTURATIONS A L'AIDE D'ÉMAIL FUSIBLE.

M. Ronnet (de Paris) exécute plusieurs obturations à l'aide d'émail fusible.

Cette substance est préférable à l'or, surtout dans le cas où les cavités sont visibles et directement exposées aux regards, parce qu'elle présente la même couleur que la dent et ne s'en distingue pas facilement.

PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU MICROTOME.

M. Choquet (de Paris) présente un nouveau microtome pour inclusions à la paraffine. Cet appareil est construit de telle sorte

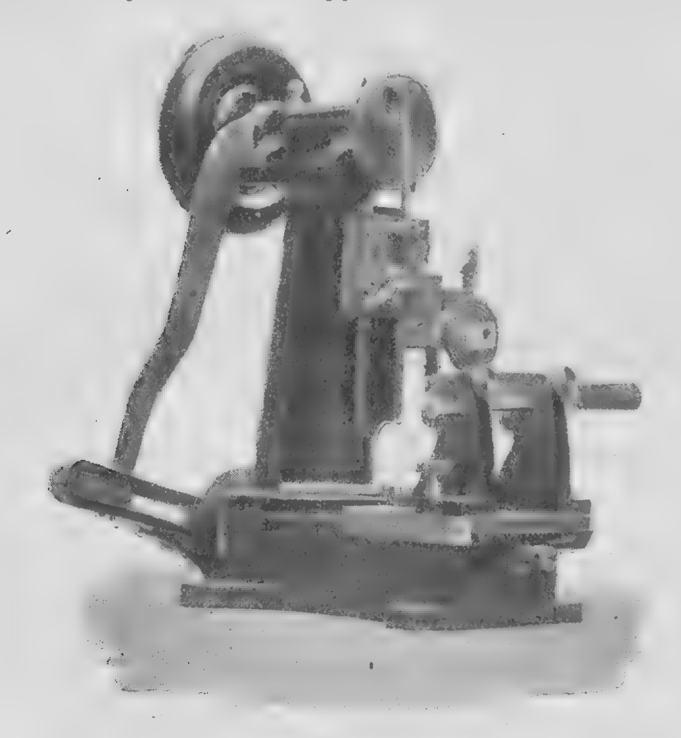


Fig. 18.

qu'on peut obtenir à volonté des coupes variant du 1/80 de mill. au 1/400 de mill. La préparation est placée sur un chariot qui la fait monter ou descendre par suite d'un mouvement de manivelles ;

le rasoir seul avance au-devant de la préparation. L'auteur attire en outre l'attention sur le rasoir qui doit être large, lourd et affilé, sur une lame de glace, où l'on aura versé au préalable de l'émeri aussi fin qu'il est possible.

Les constructeurs français n'ayant pas apprécié cet appareil à sa juste valeur, c'est M. Curties de Londres qui s'est chargé de le construire.

DÉMONSTRATION DE L'UTILISATION DU MICROTOME DE M. CHOQUET.

M. Hopewell Smith (de Boston) présente une série de coupes préparées suivant sa méthode spéciale et prises à l'aide du microtome de M. Choquet. La dent nouvellement extraite est immergée dans le liquide de Muller pendant trois ou quatre semaines, puis dans l'esprit-de-vin rectifié pendant dix à vingt jours. On la retire, on la lave à grande eau et l'on bouche le foramen apical et les parties molles à l'aide de collodion.

Puis on la met dans 15 cent. de la solution suivante :

HCl pur	12	parties.	
$HAzO^3$	30	—	(non fumant).
Eau distillée	103	—	

Après soixante-dix heures environ on retire la dent et on la plonge pendant une demi-heure dans 5 gr. de carbonate de lithium. On divise la dent en fragments qu'on lave dans l'eau et qu'on met ensuite dans la gomme. On fait des coupes au microtome, on les lave, on les colore au rouge-orange, au chlorure d'or, au carmin boraté ou au moyen des solutions de Weigert. On les déshydrate à l'alcool absolu, on les éclaircit à l'huile de cèdre et on les monte au baume de Canada.

Les coupes présentées par l'auteur étaient remarquables par leur finesse et leur netteté.

PRÉSENTATIONS DIVERSES PAR M. LE Dr TELSCHOW.

M. le Dr Telschow (de Berlin) présente :

1° *Une presse à vis pour estamper l'aluminium.* — Dans le corps d'une grosse vis, pourvue d'un filet qui monte beaucoup, passe le filet d'une autre vis, laquelle permet d'obtenir une forte pression. La grosse vis avec le gros filet et le bras de levier court facilite notablement le pressage de la plaque, en ne nécessitant qu'une faible pression, en même temps qu'elle réduit la durée de celle-ci ; elle assure aussi une plus grande sûreté à la vis mince avec le filet peu profond contre un excès de vissage.

On prend l'empreinte de la bouche, on l'enchâsse dans une pièce avec de la glaise et on huile le tout. Une cuvette chauffée est alors placée sur la pièce, puis le métal de Spence (mélange de soufre et de sulfure de fer) fondu et refroidi est coulé dans la cuvette. Ce

métal durci, on sépare les deux parties et on a le modèle enchâssé comme poinçon dans la cuvette. On enlève les restes adhérents de la matière de l'empreinte, on prend une plaque de cire chauffée de

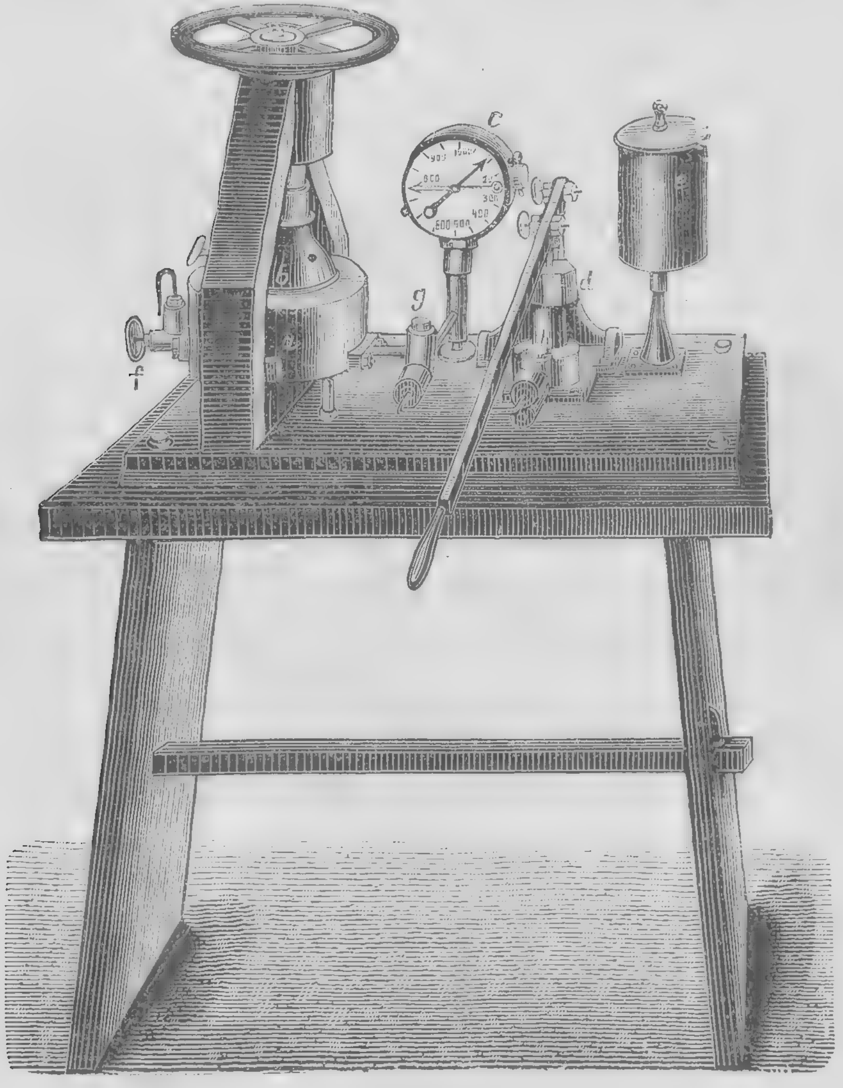


Fig. 19.

3 mm. d'épaisseur, on la place sur le modèle obtenu et on la coupe en la laissant dépasser de 1 mm. On huile les portions libres de Spence, on met une autre cuvette sur la première et l'on coule à nouveau du Spence ; on sépare les deux parties, on enlève la plaque de métal et l'on presse. Avant de presser sur le modèle, on

recouvre le poinçon d'une feuille de zinc de 1 mm. d'épaisseur en plaçant une plaque de caoutchouc entre la matrice et le poinçon et l'on presse ainsi le zinc, puis le métal rougi auparavant avec le petit levier.

Ce pressage se fait avec précaution après chaque rougissement, à diverses reprises, jusqu'à ce que la cuvette soit fermée. Quand la plaque a encore été rougie, on presse avec une matrice de plomb en se servant du gros levier et, à cet effet, l'espace creux de la matrice est rempli d'une plaque de plomb. On enlève la feuille d'étain pressée du modèle et l'on presse une dernière fois.

2° *Des dentiers d'aluminium.* — Le côté palatal de la plaque d'aluminium est recouvert de caoutchouc mince de la couleur de la gencive. Avec un gros volume on obtient une légèreté qui n'a pas encore été atteinte et une plaque mince et incassable.

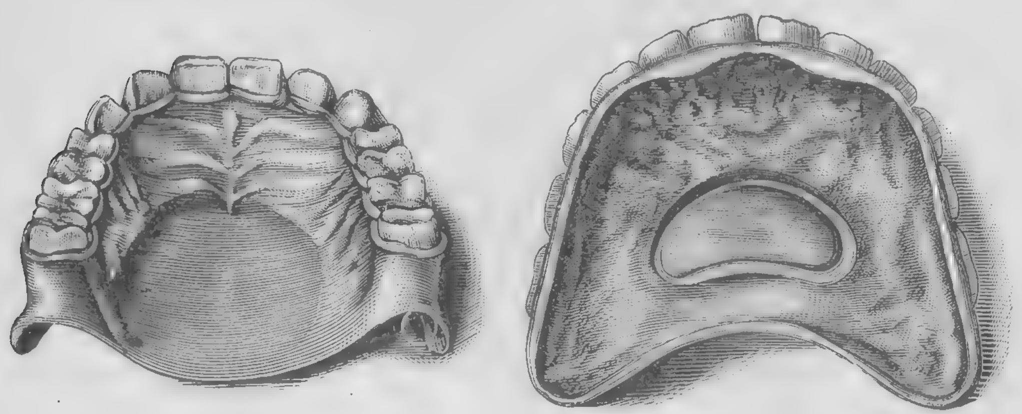


Fig. 20. Fig. 21.

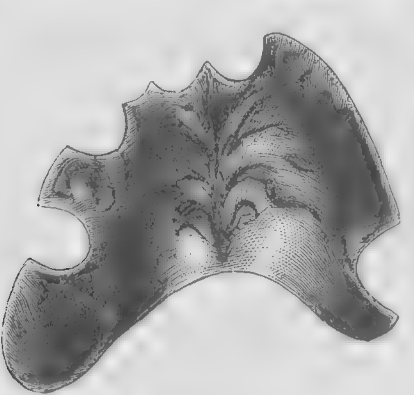


Fig. 22.

La plaque palatine est nettement estampée en aluminium, sans chambre de succion, et on a ainsi un estampage de contours de métal auquel on n'avait pas encore pu arriver.

Un grand nombre de membres du Congrès applaudissent M. le

Dr Telschow et témoignent leur admiration pour les efforts et les travaux admirables qu'il a accomplis.

PRÉSENTATION D'UNE ANOMALIE

Par M. Barrié,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Papot. — M. Barrié, empêché par une période d'instruction militaire, me charge de vous faire sa présentation qui consiste dans la reproduction, remarquablement exécutée en cire, d'une anomalie.

Voici la note qui l'accompagne :

L'anomalie que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît appartenir au groupe des anomalies par continuité ou réunions anormales. Cette mâchoire supérieure appartient à un jeune homme de 22 ans ; l'anomalie n'existe pas chez les ascendants paternels et maternels. Ce phénomène serait dû à la pénétration d'un follicule par son voisin, avec disparition de la paroi folliculaire intermédiaire et envahissement l'une par l'autre des couches de cément ou simultanément de l'ivoire, de l'émail ou du cément. Il faut donc aussi que leur évolution soit à peu près contemporaine. (Magitot — mot Dent du *Dictionnaire encyclopédique*, page 181.)

Aucun auteur n'a cité un cas semblable à celui que je vous présente ; non seulement il y a réunion symétrique de dents similaires, mais aussi anomalie de nombre, car les deux petites incisives existent. L'effet esthétique en est très disgracieux, et le possesseur m'avait prié d'y remédier. Je lui conseillai de laisser les choses telles quelles.

PRÉSENTATION D'UN PORTE-EMPREINTE

Par M. Lot (de Bordeaux).

M. Papot. — M. Lot, retenu à Bordeaux, vous prie de l'excuser ; il voulait vous présenter le porte empreinte que je vous soumets.

Comme vous pouvez le remarquer, ce porte empreinte est articulé, ce qui facilite son introduction dans les bouches étroites. Le grand avantage de cet instrument consiste en ce que le dentiste qui se déplace peut l'adapter à des bouches de différentes grandeurs ; il a par conséquent moins de matériel à transporter.

TÊTIÈRE ASEPTIQUE ANTISEPTISABLE

Par M. W. Brodhurst (de Montluçon).

J'ai l'honneur de vous présenter une têtière aseptique antiseptisable.

Chacun de nous connaît les désagréments que notre têtière actuelle présente et l'inconvénient qui en résulte : celui d'avoir à la recouvrir d'une housse, qui forme des plis et se graisse aussitôt.

La contamination, la propagation des microbes, bactéries, etc.,

engendrent les maladies si désagréables du cuir chevelu, pelade, plaques, etc.

Pour obvier à ce désagrément j'ai cherché une substance particulièrement antiseptisable, aseptique par elle-même ; or, seuls le verre et toute substance vitrifiable offraient ces avantages. Après maintes expériences, c'est à la première substance que j'ai donné la préférence, et j'ai établi plusieurs modèles pouvant répondre au désidératum de tous les praticiens ayant des têtières de différents systèmes. Seul aussi le verre peut prendre des couleurs s'harmonisant avec le décor du fauteuil et du cabinet.

Pour répondre à certaines objections qui m'ont été opposées, je fais fabriquer en ce moment un genre de têtière en agglomérés qui évitera le froid du verre et présentera les mêmes avantages.

Il est vrai aussi que la rigidité de ces substances présente un inconvénient (s'il existe) : la dureté ; mais cet inconvénient ne peut contre-balancer les principes d'hygiène dont tout praticien est soucieux. Puis la rigidité n'est-elle pas nécessaire dans toutes les obturations, les aurifications à l'or mou, et même dans l'extraction? Cette têtière, qui, comme vous pouvez le remarquer, n'a aucun bord coupant et présente partout des surfaces planes et arrondies, est appelée, je crois, à rendre de grands services. Tout le monde connaît l'asepticité du verre ainsi que de toute matière vitrifiable non poreuse, et sait aussi qu'il peut être rendu antiseptique par suite de lavages à l'eau phéniquée, eau boriquée, liqueur de Van Swieten froide ou chaude.

Dans les cliniques comme dans le cabinet, cette têtière évitera le changement de housses ou de serviettes qu'on n'a pas toujours la précaution ni le temps de changer entre chaque client.

J'ai d'ailleurs l'intention, aussitôt que la fabrication me le permettra, d'en faire adapter un certain nombre aux fauteuils de l'Ecole, ce qui permettra à tous de se rendre compte des avantages qu'elle peut offrir.

PRÉSENTATION D'UN MOUFLE A FOND MOBILE.

M. Rousseau (de Roubaix) présente un moufle à fond mobile qui a l'avantage suivant : avec un simple coup de marteau sur le fond du moufle on peut faire détacher les pièces qui y sont renfermées. L'appareil permet d'enlever les pièces du plâtre sans casser les dents.

M. A. Rosenthal félicite et remercie tous les auteurs de leurs très intéressantes présentations et lève la séance à midi et demi.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Emile Roger, avocat à la Cour d'appel.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE TOULOUSE

Présidence de M. Tourraton, président.

Audience du 3 février 1898.

Chirurgiens-dentistes. — Dentiste patenté en 1892. — Déclaration faite le 31 décembre 1891. — Loi du 30 novembre 1892, article 32. — Autorisation d'exercer.

Ne peut bénéficier des dispositions transitoires de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, le dentiste qui, établi postérieurement au 1er janvier 1892, a pris patente au cours de la dite année et a usé d'artifice pour faire remonter les effets de sa déclaration au 1er janvier, en acquittant les termes échus.

Mais il en est autrement de celui qui figure comme imposé au rôle des patentes pour 1892, s'il est établi que ce rôle a été dressé par l'Administration dès le 31 décembre 1891.

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France c. X...

Sur le premier point nous n'avons rien à dire, il se conçoit de lui-même. Il est évident que le patenté qui n'a pris sa patente qu'au cours de l'année 1892 et cherche à en faire remonter les effets au 1er janvier 1892, au moyen d'un paiement que le fisc se garde bien de refuser, ne peut se créer par ce moyen détourné un droit à l'exercice. La loi a voulu que l'inscription à la patente soit faite au 1er janvier 1892. Cela veut dire que, le 31 décembre 1891 au soir, la liste des dentistes appelés à bénéficier des dispositions transitoires était irrévocablement close. D'où la conséquence que tous les patentés au cours de 1892 seulement se sont trouvés virtuellement exclus de la famille dentaire.

Nous connaissons l'intérêt de la disposition de notre article 32. Le législateur, en fixant cette date du 1er janvier 1892, alors que la loi n'a été promulguée que le 30 novembre suivant et déclarée exécutoire que le 30 novembre 1893, a voulu, dans l'intérêt de la santé publique, exiger certaines garanties de pratique de celui qui, n'ayant pas passé d'examen, allait être autorisé cependant à exercer, sinon au même titre que le dentiste pourvu d'un diplôme, mais enfin à exercer. C'était donc en quelque sorte un stage de près de deux ans imposé au praticien (puisque la loi n'a été déclarée exécutoire qu'à partir du

30 novembre 1893), avant de lui conférer le droit à l'exercice. Mais il faut que ce stage soit *effectif* et *réel* ; il faut que le praticien ait été installé, se soit donné au public comme dentiste pendant ce temps légal ; qu'il ait eu, pour nous servir d'une expression consacrée, la possession d'état de patron dentiste pratiquant. Nous savons que cette preuve peut être faite autrement que par l'inscription à la patente [1] ; que ce mode de preuve n'est pas exclusif de tout autre ; mais nous avons toujours soutenu que, quel que soit le mode employé, ce qu'il faut surtout prouver c'est la réalité, la vérité du fait allégué, c'est en un mot la preuve de l'*exercice réel* et *effectif* de la profession de dentiste. Nous avons ajouté [2] que, même si la patente révélait une situation qui ne serait pas conforme à la vérité des faits, cette patente devrait être considérée comme un titre nul et sans efficacité. C'est la théorie de notre jugement. Le praticien établi depuis le 1[er] janvier 1892 a acquitté intégralement l'impôt pour toute l'année 1892 ; s'il peut être soutenu que les effets de sa déclaration au point de vue fiscal remontent au 1[er] janvier 1892, cette déclaration ne peut dans tous les cas changer la date de l'*exercice réel*, qui reste, quoi qu'il fasse et dise, postérieure au 1[er] janvier 1892, circonstance qui l'exclut de la catégorie des dentistes transitoires.

Cela dit, examinons l'espèce déférée au Tribunal de Toulouse. X... a figuré comme imposé pour la profession de dentiste sur le rôle des patentes de l'année 1892, mais ce rôle a été établi par l'Administration *le* 31 *décembre* 1891.

Voici le raisonnement que l'on a dû faire dans l'intérêt de X... : « L'Administration dresse son rôle des patentes pour 1892 au plus tard le 31 décembre 1891. Or, X... y est porté comme patentable pour 1892 ; ainsi, dès avant le 1[er] janvier 1892, X .. se considérait comme devant être assujetti à la patente, donc il exerçait comme dentiste avant le 1[er] janvier 1892, et en conséquence son droit à l'exercice doit être maintenu. » On aperçoit immédiatement le danger de ce raisonnement, car, de ce qu'une personne va se faire inscrire au rôle des patentes comme exerçant telle profession déterminée, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elle exerce en fait cette profession. Le fisc ne pousse pas si loin ses investigations ; on lui fait une déclaration qui donne ouverture à un impôt, il perçoit cet impôt, donne tous les récépissés imaginables, et tout est dit quant à lui. Je sais bien qu'on n'ira pas de gaieté de cœur se faire imposer à raison d'une profession qu'on n'exerce pas. Le contraire serait plus dans la nature des choses. Mais s'il y a un intérêt qui s'attache à cette déclaration, sera-t-on aussi convaincu de sa sincérité ? Est-ce qu'un

---

1. V. *supra*, p. 170.
2. V. *supra*, p. 207.

intérêt, considérable même, ne s'attachait pas à la déclaration faite par les postulants dentistes ? Il suffit de se reporter au temps de la confection de la loi pour saisir l'intérêt immense qu'avaient les opérateurs non qualifiés, mécaniciens-dentistes et autres, à prendre une patente sans cependant exercer réellement. La loi n'a pas été faite en un jour, en une année même, et depuis le dépôt du projet de loi jusqu'à sa promulgation on a fait produire un effet très important à la patente au point de vue de l'admission sous le régime nouveau des dentistes transitoires. On serait dentiste transitoire suivant qu'on justifierait d'une patente de dentiste de telle époque. Les prévoyants, qu'ont-ils fait ? Il se sont fait inscrire à la patente, sans avoir cependant cabinet sur rue ; et voilà le titre dont on excipe maintenant pour avoir droit à l'exercice ! Eh bien, il n'y a pas deux poids et deux mesures ; de même que nous nous sommes élevé contre la doctrine qui tendrait à considérer la patente comme la preuve unique de la possession d'état, de même nous ne pouvons admettre que la production de la patente soit *a priori* considérée comme la preuve péremptoire d'un établissement, d'une installation corrélative. Cette patente peut être une présomption, soit ; mais il y a toujours derrière cette patente ce fait à rechercher : *est-elle la représentation de l'exercice réel de la profession* ? Si oui, c'est bien ; si non, elle doit être considérée comme inopérante, inefficace, nulle en droit. Il ne faut plus parler des droits qu'elle confère, elle doit être réputée inexistante.

Ces principes exposés, qu'a-t-on dû dire dans l'intérêt du Syndicat poursuivant ? Le jugement est muet sur ce point et nous sommes obligé de nous livrer à certaines conjectures. On a dû dire ceci : « S'il était constant que l'exercice réel eût existé au moins le 31 décembre 1891, pas de question ; mais en 1892, et même en 1893, nous voyons X... comme opérateur ou même élève dans tel cabinet. Donc il ne pouvait avoir cet exercice réel, effectif, constitutif du stage imposé par la loi à tout dentiste pour recevoir le *dignus intrare* légal. La question à juger revenait donc à ce point de fait. Nous avons tout lieu de présumer qu'il a fait l'objet d'un examen minutieux de la part des magistrats. Mais, nous ne saurions trop le répéter, la fraude est à craindre en pareille matière ; il est de notre devoir de la signaler, d'indiquer quels sont les moyens qu'on a pu employer pour tourner la loi, afin de prémunir la justice contre l'artifice de ceux qui voudraient s'en faire un titre.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE EXPLICATION

A PROPOS DU COMPTE RENDU DU CONGRÈS.

On nous écrit de différents côtés à propos du retard apporté dans la publication du volume du compte rendu du Congrès de Paris ; nos correspondants semblent croire que ce retard est dû à l'insertion fractionnée de ce compte rendu dans *L'Odontologie*. On voit là, paraît-il, une mesquine économie. Cela demande une explication.

L'Odontologie prend à sa charge les frais de composition de tout ce qu'elle publie ; il ne reste donc aux comités de publication des Congrès qu'à solder les frais de clichés, de papier, de tirage et de brochage du volume. Ce n'est pas, comme on paraît le croire, une mince économie (500 à 600 francs) ; en tous cas, c'est une économie *indispensable*, car ce n'est pas avec les quelques pièces de cinquante centimes démonétisées qui constituent le reliquat de caisse des Congrès de Bordeaux et de Nancy qu'on aurait pu faire cette dépense considérable.

Je puis ajouter que la publication dans le journal assure aux auteurs une publicité beaucoup plus étendue que celle du volume, dont le tirage est forcément restreint.

Cela dit, je dois protester formellement contre des suppositions inexactes. Il n'y a aucune connexité entre le retard du volume et la publication fractionnée dans le journal ; l'un n'est pas la conséquence de l'autre. Ce n'est pas du tout pour assurer à *L'Odontologie* la priorité des comptes rendus que le volume tarde à paraître, et la preuve c'est que, l'an passé, le volume de Nancy a été publié dans un temps très court, et qu'après sa publication *L'Odontologie* n'en a pas moins continué pendant plusieurs mois à en donner des extraits.

J'aurais voulu faire de même cette année, et j'avais espéré en terminer rapidement ; hélas ! je n'avais pas assez compté avec toutes les difficultés inhérentes à l'élaboration d'un semblable travail, difficultés qu'il est inutile d'énumérer ici, mais dont la principale résulte de la date tardive du Congrès, le moment de s'occuper de ce compte rendu ayant coïncidé avec les travaux multiples qui nous absorbent tous à cette période de l'année. Le *délégué du Comité de publication* n'a pu avancer plus promptement, et cela, je l'affirme, sans aucune arrière-pensée de favoriser le journal.

Le moyen de prévenir dorénavant un pareil contre-temps sera bien simple : ce sera d'avoir un sténographe habitué aux discussions médicales, en comprenant les termes et pouvant rédiger un résumé compréhensible des discussions ; on évitera ainsi aux comités de publication à venir la lourde tâche qui m'est incombée.

Quoi qu'il en soit, actuellement tout est composé, les deux tiers du volume sont tirés, il ne reste plus à faire que les corrections des dernières feuilles et à établir les tables des matières, et je puis assurer nos correspondants que ce sera avec un très vif sentiment de soulagement que je donnerai dans quelques jours le « Bon à tirer » sur la dernière feuille.

EDMOND PAPOT.



Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

SERVICE DU DISPENSAIRE

Pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février 1897-1898

Inscriptions : malades nouveaux	3.374
Consultations : malades en traitement	7.666
Total :	11.040

1° CLINIQUES

Consultation sans traitement	625	3.368
Extractions	1.140	
Clinique d'anesthésie	51	
Clinique de prothèse	122	
Madades passés dans le service de la dentisterie opératoire	1.430	

2° DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Pansements et traitements		4.869	7.394
Obturations	Gutta et ciments	1.639	
	Amalgames	441	
	Aurifications	55	
	Etain	25	
Nettoyages		365	

3° PROTHÈSE PRATIQUE

Appareils........................	11	47
Dents à pivot..................................	24	
Redressements..............................	21	
4° MALADES AYANT INTERROMPU LEUR TRAITEMENT.		231
Total égal :		11.040

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE DE PARIS

Siège social : 36, rue Rochechouart.

La deuxième assemblée mensuelle de *l'Association des étudiants en chirurgie dentaire de Paris* a eu lieu le 4 mars, à 10 heures du soir, sous la présidence de M. de La Loge, assisté de MM. Bride, vice-président ; Garcin, secrétaire général ; Pourquie, trésorier.

Nous avons été heureux de constater, par le nombre des adhérents nouveaux, que la jeune *Association* marche à grands pas. Espérons que, plus favorisés que leurs devanciers, les membres du bureau sauront faire réussir des projets tant de fois développés et toujours ajournés faute d'entente et de cohésion.

Nous applaudissons à leur groupement et leur ouvrons les colonnes de *L'Odontologie* ; nous serons heureux si notre appui peut leur être de quelque utilité.

E. B.

NÉCROLOGIE.

Nous apprenons le décès de mademoiselle Franz, fille de notre confrère, membre de l'Association générale et de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à M. Franz l'expression de nos sincères sentiments de condoléances.

Nous sommes informés également de la mort de M. Stéphane, chirurgien-dentiste à Paris, à l'âge de 54 ans.

Il était l'inventeur des pièces cloisonnées bien connues.

Nous exprimons à sa famille les regrets que nous cause cette fin prématurée.

Il nous faut aussi enregistrer le décès de M. Ferdinand Flamens, chirurgien-dentiste à Montauban, membre de notre Association. Il avait dû, il y a deux ans, quitter son cabinet à Paris pour aller, dans

sa ville natale, rétablir sa santé fortement ébranlée. Il y est mort le 25 mars; à 35 ans.

Nous prions sa famille d'agréer l'expression de nos bien sincères regrets.

E. B.



CORRESPONDANCE

Monsieur l'Administrateur-Gérant,

C'est par suite d'un malentendu regrettable que nous avons inséré dans notre page de publicité l'opinion de M. le Dr Friteau sur notre lampe pour têtière, et nous vous serions obligés de bien vouloir mentionner ce fait dans *l'Odontologie*, car c'est dans la « *tribune* » que M. le Dr Friteau pensait voir figurer sa note, comme réponse à la question n° 54.

Veuillez, etc.

REYMOND FRÈRES.



VARIA

Nous détachons dans les petites annonces du samedi que publie *Le Journal* du 26 mars la demande suggestive suivante :

Jne dame, d. union dentiste. 202, b. 4, r. d'Enghien.

Il serait intéressant pour un psychologue de rechercher quelles séductions particulières peuvent exercer sur les *jeunes dames* les membres de notre profession.

Il y a quelque vingt-cinq ans, au théâtre, dans les romans et surtout dans la vie — le rêve d'une jeune fille était d'épouser un ingénieur, un peu plus tard celui-ci fut remplacé avec non moins de succès par l'explorateur ; — serait-ce aujourd'hui le tour du dentiste ? Nous voulous croire que c'est là un des heureux effets si attendus de la nouvelle loi..... à moins cependant que cette jeune personne n'ait tout simplement beaucoup de dents à faire aurifier ; et dans ce cas, son but est plus intéressé que romanesque.

G. V.



NOUVELLES

Un concours pour trois postes de chefs de clinique sera prochainement ouvert à l'Ecole dentaire de Paris.

Le programme en sera publié ultérieurement.

Des cours de clinique médicale et chirurgicale, destinés aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris, ont commencé aux hôpitaux Boucicaut et Beaujon sous la direction respective de MM. les Drs Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, et Launois, médecin des hôpitaux.

AVIS.

MM. les Mécaniciens-Dentistes qui se sont fait inscrire comme ouvriers d'art en vue de la dispense de deux années de service militaire sont priés de bien vouloir adresser au journal, au nom de M. Godon, tous les renseignements relatifs aux conditions et aux résultats de leur inscription.

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS.

? No 60. — *Y a-t-il lieu de déplorer des cas de mort avec le protoxyde d'azote ?* *N.*

? No 61. — *Quel est le meilleur appareil employé pour donner le protoxyde d'azote et où faut-il s'adresser ?*

? No 62. — *Quel est l'ouvrage assez complet qui pourrait fournir des renseignements utiles sur cet anesthésique ?*

RÉPONSES.

No 58. — Vous trouverez l'Orthoforme à la pharmacie Vicario, 17, boulevard Haussmann. C'est une poudre blanche, cristalline, sans odeur ni saveur. On peut se procurer ce produit sous deux formes, l'*Orthoforme vrai* et le *Chlorhydrate d'Orthoforme*. Il sera l'objet d'une communication à la Société d'Odontologie, séance de mai. E. B.

— On peut se procurer l'Orthoforme :

1o Chez MM. Lucius ùnd Brùnwing, à Hachst-S-Mein (Bavière).

2o Chez M. Max Vincent, 32, rue des Petites-Ecuries, Paris (Cie Parisienne des Couleurs d'aniline). Paul Baril, F. M. P.

Nº 60. — On signale actuellement quinze cas de mort par le protoxyde d'azote. C'est peu, en raison de ceux qu'on attribue au chloroforme. (V. *Etude critique des meilleurs procédés d'anesthésie en chirurgie dentaire*, par le Dr Sauvez, *Odontologie*, 15 février 1898, p. 99.)

Nº 61. — L'inhalateur d'Heymen-Billard. Il nécessite un ballon et une bouteille de protoxyde d'azote. Tous les fournisseurs vous procureront cela.

Nº 62. — Rottenstein, *Anesthésie chirurgicale*, 1880 (Germer-Baillère, édit.), Dastre, *Les anesthésiques*, 1890 (Masson, édit.).

E. B.

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale du 28 décembre 1897.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

Quarante et un membres sont présents.

M. Godon. — Le procès-verbal de l'assemblée générale du 6 avril 1897 — la dernière — a été publié dans *L'Odontologie* et dans l'*Annuaire de la Société* ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Choquet s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion et décline toute candidature au Conseil de direction pour des motifs personnels.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture de son rapport [1].

M. d'Argent, trésorier, donne lecture du sien [2], ainsi que du projet de budget pour 1897-1898.

M. Godon. — Je tiens à féliciter en assemblée générale notre secrétaire général et notre trésorier, qui nous ont aidés à mener à bien l'œuvre que nous avions entreprise. Cette année a été particulièrement difficile et a exigé un grand déploiement d'activité, aussi bien pour trouver un local que pour déménager et nous installer. La plus grande partie de cette tâche multiple a incombé à ces deux membres de votre Bureau ; aussi ont-ils droit à vos félicitations.

Cela dit, quelqu'un demande-t-il la parole sur les deux rapports qui viennent d'être lus ?

Personne ne demande la parole. Le rapport du secrétaire général est mis aux voix et adopté, ainsi que la proposition qui le termine.

M. Godon. — Le rapport du trésorier comprend deux propositions : l'une qui tend à confirmer le vote relatif au fonds de réserve, l'autre tendant à autoriser un emprunt éventuel de 10.000 fr. à 4 0/0 à l'Association générale des dentistes de France.

La première proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Blocman. — Où trouverez-vous les 4 0/0 ?

---

1. *L'Odontologie*, page 81, nº du 30 janvier.
2. *L'Odontologie*, page 85, nº du 30 janvier.

M. d'Argent. — Dans l'exercice en cours ; d'ailleurs, peut-être n'emprunterons-nous que pour six mois, pour trois mois même. Cet emprunt est nécessaire pour payer sans retard nos fournisseurs, s'ils nous demandent de l'argent, car tous nos marchés de construction ont été conclus au rabais.

La deuxième proposition est mise aux voix et adoptée.

Le rapport du trésorier, dans son ensemble, est mis aux voix et approuvé.

M. Paulme. — Qu'est-ce que c'est que cette mission à Philadelphie dont il est fait mention dans le projet de budget ?

M. d'Argent. — M. Joseph est allé en Amérique, chargé d'étudier l'organisation des laboratoires de micrographie. Vous savez que nous nous proposons d'en créer un ; grâce aux renseignements que M. Joseph nous fournira, nous n'agirons pas au hasard, et nous éviterons ainsi des dépenses inutiles. Sur ces 500 francs, 300 francs sont alloués par le Conseil de direction, 100 francs par le journal, et 100 francs par un anonyme.

M. Godon. — Dans cette circonstance nous avons eu le plaisir de voir qu'en même temps que notre Ecole envoyait un délégué aux Etats-Unis, le ministère de l'Instruction publique en envoyait un aussi, avec une mission analogue.

Le projet de budget est mis aux voix et adopté.

M. d'Argent. — Vous avez reçu, avec la convocation de ce soir, une circulaire vous informant d'un projet de souscription au profit de l'Ecole. Ce projet nécessite quelques explications.

Généralement les souscriptions se font à fonds perdus pour le souscripteur et pour ses héritiers. Nous, au contraire, nous nous sommes réservé l'avantage de ne pas procéder ainsi : nous empruntons 375 francs et nous remboursons 500 francs. En échange de ces 375 francs nous délivrerons un bon, qui sera négociable et pourra se réaliser. Cette souscription offre donc un caractère spécial.

Maintenant, vous allez me poser une question : comment pouvons-nous rembourser avec prime et y trouver notre compte ? Eh bien, c'est le jeu des intérêts qui permet ce résultat. 1.500 bons à 375 francs font 562.500 francs ; or, leur production d'intérêts pendant quinze ans et trente ans rend possible leur remboursement en trente ans, de sorte que personne n'est privé du capital qu'il a prêté à l'Ecole. C'est, en somme, le système des bons des Expositions de 1889 et de 1900.

Mais l'Ecole ne peut se charger de cette opération, car ses statuts s'y opposent ; et, ne s'y opposeraient-ils pas, notre tâche est déjà assez lourde. La loi exige la formation d'une Société financière au capital de 10.000 francs, avec des porteurs de bons. C'est cette Société qui se chargera de la souscription ; son fonctionnement sera parallèle au nôtre et, quand elle aura rassemblé les fonds, elle nous les remettra ; jusque-là c'est un grand établissement financier qui aura la garde de ceux-ci.

Je vais vous lire les statuts de cette Société.

M. Godon. — Nous vous demanderons d'approuver ces statuts ; le Conseil d'administration les fera examiner ensuite par le conseil judiciaire de l'Ecole, et l'on procédera alors à l'organisation de la dite Société, afin de l'asseoir ainsi sur des bases régulières.

M. Tusseau. — Ne vous semble-t-il pas nécessaire de convoquer une assemblée générale spécialement dans ce but, à moins toutefois que nous ne discutions ce soir que le principe de cette création ?

M. Godon. — C'est quand le projet aura été définitivement adopté qu'on pourra réunir une assemblée générale.

M. d'Argent. — Je soumets les statuts à la *bienveillante attention* de l'assemblée, afin que les observations qui seront présentées puissent éclairer notre conseil judiciaire, car ce sont nos intérêts que nous allons défendre — nous sommes pour cela plus compétents que qui que ce soit, — et les idées émises par chacun de nous peuvent jeter un jour utile sur la question. Quand le projet sera sur pied, on convoquera une assemblée générale.

M. Stévenin. — En assemblée générale de l'Ecole nous ne pouvons pas discuter les statuts d'une société étrangère à l'Ecole.

M. Godon. — Il s'agit pour l'Ecole de trouver le moyen de profiter de la promesse de vente consentie dans le bail de la cinquième à la quinzième année. Nous aurons dépensé ici, en effet, quand tout sera fini, plus de 100.000 francs, et vos administrateurs seraient bien imprévoyants s'ils ne vous assuraient pas la possibilité de devenir propriétaires de l'immeuble ; il est important que notre Société bénéficie de ces dépenses, puisque c'est nous qui les faisons. C'est pour cela qu'on vous présente un projet ; mais ce projet n'est pas le seul. Il s'agit de savoir si ce projet vous convient, et pour cela il faut qu'on vous le demande. Maintenant, ce ne sera qu'une prise en considération ; on l'étudiera à fond ensuite, puis on vous le soumettra sous sa forme définitive avant de le mettre à exécution. La consultation d'aujourd'hui est donc nécessaire.

N'oubliez pas qu'en dix-sept ans, alors que l'avenir était absolument incertain, l'Ecole a réuni près de 100.000 francs de dons. Il est bien permis de supposer qu'en quinze autres années, avec quatre cents membres et cent trente-cinq élèves, lorsqu'on est plus sûr du lendemain, on pourra trouver 300.000 francs à titre de prêts. Ce sera le rôle du Conseil de direction de vous les réunir. Toutefois, il faut que l'étude du projet en question soit abordée dès à présent.

M. Lemerle. — Les feuilles de souscription envoyées sont une sorte de pierre de touche pour voir si dans un délai donné nous pourrons avoir les 1.500 souscriptions.

M. Godon. — On ne prend pas d'engagement, puisque ce n'est qu'un projet, l'Ecole ne pouvant pas emprunter elle-même.

M. Blocman. — En somme, vous demandez un avis favorable ou défavorable.

M. Richard-Chauvin. — Quel est le prix d'achat ici ?

M. Godon. — 660.000 francs.

M. d'Argent. — Ce prix est trop élevé à dessein, parce que le propriétaire compte sur une plus-value dans quinze ans, et c'est pour cette date qu'il nous consent une promesse de vente. Mais il se peut aussi qu'il y ait moins-value. Dans tous les cas, suivant nos ressources, nous pourrons discuter le prix d'achat. Si la plus-value correspond à la demande du propriétaire, nous n'aurons, il est vrai, dans quinze ans, que la

moitié de la somme ; mais le Crédit foncier pourra nous prêter l'autre moitié, et nous amortirons la dette ainsi contractée, tout en en payant l'intérêt avec le loyer que nous n'aurons plus à supporter.

M. Richard-Chauvin. — Si la souscription est couverte, nous aurons plus qu'il ne nous faudra.

M. d'Argent. — Nous souscrivons l'action à 375 francs ; en quinze ans, avec les intérêts, nous avons 750.000 francs ; nous pouvons les rembourser, mais nous défalquons 330.000 francs que nous laissons à l'Ecole pour acheter si elle le veut. Si l'Ecole ne s'entend pas avec le propriétaire, elle peut laisser son argent à la Banque qui, au bout de trente ans, à la fin du bail, nous donnera 500.000 francs. Le calcul est établi de façon à rembourser avec les intérêts de l'excédent du capital.

M. Godon. — Nous désirons que les dentistes aient leur maison, comme les agriculteurs, comme les ingénieurs ont la leur ; il faut donc tenter l'entreprise. Mais ce soir nous nous bornons à vous proposer de prendre en considération un projet tendant à la réalisation de la promesse de vente, avec mission pour le prochain Conseil de direction d'étudier toutes les modifications qui seront présentées et de soumettre à votre adoption, en une prochaine assemblée générale, un projet définitif.

Le projet est mis aux voix et pris en considération.

M. Godon. — Ce projet sera renvoyé pour étude au Conseil de direction.

M. Tusseau. — Si vous ne réunissez que sept cents actions, par exemple, que ferez-vous ?

M. Godon. — Nous comptons bien couvrir la totalité de l'émission, parce qu'en quinze ans nous mettrons en œuvre pour nous procurer de l'argent, tous les moyens employés par les établissements philanthropiques.

M. Gaignon. — Pour favoriser l'emprunt, tous ceux qui auront souscrit devraient recevoir le même titre.

M. Godon communique la liste des souscriptions déjà reçues.

M. Godon. — Aux termes des statuts, vous avez à élire dix membres pour le renouvellement partiel des membres du Conseil d'administration. Les membres sortants sont : MM. Bioux, Choquet, d'Argent, Jeay, Martinier, Papot, Prével, Sauvez, Stévenin et Viau. M. Jeay nous a informés qu'il décline le renouvellement de son mandat, ainsi que M. Choquet. Le scrutin est ouvert.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 31.
Majorité absolue : 17.

Ont obtenu :

MM. Prével	30	voix	MM. Stévenin	24	voix
d'Argent	28	—	Tusseau	21	—
Martinier	27	—	Maire	19	—
Viau	27	—	Roy	14	—
Bioux	26	—	Billet	8	—
Papot	26	—	Rollin	8	—
Sauvez	25	—	Paulme	7	—

MM. Choquet..........	7 voix	MM. Fabre............	1 voix
Léger-Dorez.....	4 —	Lemerle..........	1 —
Delaunay........	2 —	Godon...........	1 —
Prest.............	1 —	de Marion........	1 —
Billebaut.........	1 —	Weber...........	1 —
Claser.......... ..	1 —	Quincerot........	1 —
Fresnel........ ..	1 —	Touchard........	1 —
Fournier.........	1 —		

M. Godon. — En conséquence de ces votes, MM. Prével, d'Argent, Martinier, Viau, Bioux, Papot, Sauvez, Stévenin, Tusseau et Maire sont nommés membres du Conseil d'administration pour deux ans.

M. Godon. — Nous avons à apporter au règlement intérieur quelques modifications que la pratique a rendues nécessaires. Les voici :

Art. 3. — Le Conseil d'administration se réunit le *deuxième* mardi de chaque mois, sur convocation spéciale adressée par le Secrétaire général à tous les membres du Conseil ; l'ordre du jour est établi par le bureau.

Les inscriptions sont délivrées du 1er au 15, et le troisième mardi, jour de notre réunion actuellement, se trouve généralement après le 15, de sorte que si nous avons une autorisation à demander, nous ne le pouvons plus.

L'art. 3 est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — Art. 48. — Pour faire partie du corps enseignant de l'Ecole (sauf pour les cours non techniques) on doit être admis à la pratique légale ; les postes, à partir de *Chef de Clinique* inclusivement, s'obtiennent au concours.

L'ancien article disait « à partir de *Démonstrateur* » et exigeait ainsi que les démonstrateurs fussent nommés au concours. Or, ce système nous a créé des difficultés, en nuisant au recrutement.

M. Stévenin. — Le concours pour ce poste était un peu difficile, et, avant de le supprimer, on aurait peut-être pu en essayer un plus facile, afin d'encourager ; cela permettrait de combiner le choix et les épreuves.

M. Richard-Chauvin. — Le concours ne peut pas être inférieur à ce qu'on demande à un élève de troisième année ; dès lors, il ne faut pas de concours du tout, ou bien il faut un concours sérieux.

M. Godon. — Attendez encore quelques années, pour avoir des concurrents.

L'art. 48 est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — Les modifications que nous proposons aux art. 50 et 53 résultent de la modification de l'art. 48. Les voici :

Art. 50. 1° — Les jurys de concours sont désignés par le tirage au sort fait publiquement, et composés de trois professeurs du corps enseignant de l'Ecole, d'un membre du Conseil d'administration, et du Président Directeur de l'Ecole ; pour les concours au poste de Chef de Clinique, deux professeurs suppléants feront partie du jury avec un professeur titulaire comme président.

Art. 53. — Les candidats aux postes de professeurs, professeurs suppléants de clinique et de dentisterie opératoire, de Chefs de clinique, devront :

1° .....

Les art. 50 et 53 sont successivement mis aux voix et adoptés.

M. Godon. — Art. 54. — Les professeurs titulaires de *Cours techniques* sont nommés par le Conseil d'administration.

Nous avons ajouté les mots *Cours techniques*, parce que les professeurs médecins sont *choisis* en dehors de l'Ecole, afin de mettre ainsi le règlement en accord avec nos actes.

L'art. 54 est mis aux voix et adopté.

M. d'Argent. — Il y a intérêt à ce que tous les cours soient faits régulièrement aux élèves, et, pour le bon fonctionnement des services, il devrait être prescrit que les professeurs de cours techniques sont tenus de faire leur cours, d'avoir un suppléant, de prévenir l'Administration en cas d'empêchement, afin que leurs suppléants les remplacent en touchant l'indemnité correspondante. Je demande donc :

1° La création de postes de professeurs suppléants pour les cours techniques ;

2° L'obligation de prévenir en cas d'absence ;

3° Une indemnité proportionnelle au suppléant, prélevée sur celle du professeur absent.

M. Richard-Chauvin. — Il faudra alors créer des concours pour les suppléants de dentisterie opératoire.

M. Godon. — Cette proposition sera renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Martinier demande la prise en considération de la proposition, et son renvoi à la dite Commission.

M. Richard-Chauvin. — La prise en considération laisse toute liberté au Conseil de direction.

La proposition d'Argent est mise aux voix et adoptée en principe.

M. Stévenin. — Il y a lieu alors de modifier l'art. 52.

A l'art. 55 il faut ajouter en tête : *Les démonstrateurs*, et à la fin mettre : *après un concours sur titres*, en supprimant le reste ; l'article deviendrait ainsi : *Les démonstrateurs et les préparateurs des cours théoriques sont nommés par le Conseil de direction, après un concours sur titres.*

L'art. 55, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — A l'art. 56 on a supprimé les mots : *depuis deux ans au moins*, et ajouté : *ou un titre similaire* ; l'article devient ainsi :

Art. 56. — Les démonstrateurs et préparateurs de cours devront :

1° Avoir obtenu le *Diplôme de l'Ecole dentaire de Paris, ou un titre similaire admis à l'équivalence par le Conseil d'administration de l'Ecole.*

2° .....

Cet article est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — Nous n'apportons à l'art. 57 qu'une modification, qui consiste dans le remplacement des mots : *approuvé par le...*, par ceux-ci : *après avis du.....*

Art. 57. — Les professeurs titulaires doivent être mis à la disposition de l'Ecole pour une durée de cinq années ;

Les professeurs suppléants, cinq ans ;

Les chefs de clinique, trois ans ;

Les démonstrateurs, deux ans ; les préparateurs de cours, deux ans.

Leur temps de service accompli, ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions après réinvestiture, *après avis* du Conseil du corps enseignant, et une décision du Conseil d'administration, pour une autre période.

Adopté.

M. Godon. — Le Conseil de direction n'ayant pas la compétence voulue en matière de construction, nous proposons la création d'un Conseil technique ; c'est ce qui fait l'objet de l'art. 78, dont nous proposons l'adjonction.

Conseil technique.

ART. 78. — *Un Conseil technique est institué par le Conseil d'administration. Il a mission d'éclairer le Conseil sur toutes les questions relatives à la conservation de l'immeuble et aux constructions qu'il nécessite.*

Adopté.

M. Godon. — Ces diverses modifications ont été discutées par une Commission et par le Conseil d'administration ; elles tendent à ce que le règlement soit conforme aux décisions du Conseil.

L'ensemble des modifications est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à 11 heures un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie* de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

DERNIÈRE HEURE

Le bureau central du *Congrès de Lyon* s'est réuni, le vendredi 8 avril, chez M. le Dr Lecaudey, à l'occasion de la présence à Paris de M. le Dr Cl. Martin de Lyon, président du bureau local. Il a été pris diverses mesures de nature à assurer le succès de cette réunion.

Une prochaine circulaire les fera connaître.

Vendredi 8 avril, un déjeuner a été offert par « LA MOLAIRE » à notre collaborateur M. le Dr Cunningham, de Cambridge, à l'occasion de son passage à Paris pour se rendre au Congrès de Madrid. Notre distingué confrère nous a promis de venir prendre part au Congrès de Lyon.

Le Président de la Société odontologique de France et le Président de la Société d'Odontologie de Paris se sont mis d'accord pour changer le jour de séance de l'une des deux sociétés, afin de permettre à leurs membres d'assister aux réunions de la rue de l'Abbaye et de la rue de la Tour-d'Auvergne. Ce fait montre la cordialité et l'union qui règnent entre les deux sociétés qui contribuent depuis longtemps au progrès moral et scientifique de la profession.

18e ANNÉE. N° 8. 30 AVRIL 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro donne en supplément 2 planches tirées hors texte.

BULLETIN

A PROPOS DES ÉLECTIONS

Les élections générales pour le renouvellement de la Chambre des députés vont avoir lieu prochainement. C'est le moment pour les chirurgiens-dentistes de se souvenir qu'ils sont électeurs et de faire prendre aux candidats auxquels ils sont disposés à donner leur voix, l'engagement d'appuyer et de faire aboutir les vœux adoptés par le dernier Congrès dentaire, vœux qui représentent les principales revendications de la profession.

Rappelons que les vœux qui ont besoin de la sanction du Parlement pour être réalisés sont les suivants [1] *:*

1° Que par une disposition additionnelle à la loi militaire de 1889, réglementant la situation militaire des chirurgiens-dentistes, la dispense de 2 ans de ser-

1. V., pour plus de détails, *L'Odontologie,* 15 décembre 1897, p. 443.

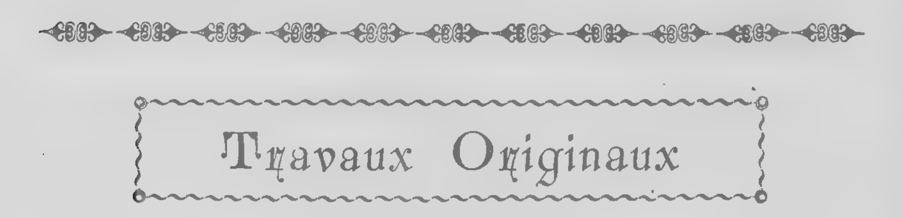
vice militaire soit applicable au diplôme de chirurgien-dentiste;

2° Que les chirurgiens-dentistes, pour leurs périodes d'instruction militaire, soient appelés à titre de médecins auxiliaires;

3° Qu'il soit mis à la disposition des médecins militaires, en temps de paix, des élèves des écoles dentaires appelés sous les drapeaux;

4° Qu'en temps de guerre, les dentistes appartenant à la réserve ou à la territoriale soient employés dans les hôpitaux et ambulances;

Etc., etc., etc., ainsi que les divers vœux du ressort du législateur.



DES DENTS TEMPORAIRES ET DES DENTS DE SIX ANS. CONSÉQUENCES FACHEUSES DU MANQUE DE SOINS. LEUR TRAITEMENT.

Par M. Ducournau,
Président de l'Association odontotechnique,
Professeur à l'Ecole Dentaire de France.

(Communication au Congrès dentaire de Paris.)

Bien que l'art dentaire ait fait d'immenses progrès dans ce dernier quart de siècle, il existe une lacune restée béante qu'il s'agit de combler. Il est, en effet, extraordinaire de constater la négligence apportée aux dents de lait. Jusqu'alors les auteurs nombreux qui ont traité d'une façon magistrale les affections de la bouche se sont peu préoccupés des dents temporaires. Est-ce parce que ces dents, appelées à disparaître dès le jeune âge, ne leur ont pas semblé intéressantes ?

S'il en est ainsi, ils ont commis une faute capitale, car je prétends que les dents temporaires jouent un grand rôle dans l'état physio-

logique et pathologique de l'enfance et méritent plus d'attention qu'on ne leur en a accordé jusqu'à présent.

Cette négligence est susceptible d'entraîner toutes sortes de complications chez les enfants édentés ou ayant des dents profondément cariées et douloureuses à la mastication. Ils triturent imparfaitement leurs aliments, l'assimilation en est défectueuse et, de ce fait, le développement physique des enfants se fait mal et peut amener des irrégularités insurmontables de la seconde dentition, irrégularités que nous avons souvent lieu de constater.

Pour obvier à tous ces inconvénients, il n'y a qu'un moyen: soumettre les enfants dès leur jeune âge à nos connaissances techniques spéciales. Nous devons donc inculquer aux parents l'obligation de soigner la bouche de leurs enfants, comme ils soignent la leur.

L'évolution des dents temporaires se complète entre le 28e et le 30e mois de la naissance, et c'est à partir de ce moment ou, pour mieux dire, de la 3e année, que les enfants doivent nous être confiés.

Il semble, de prime abord, qu'à 3 ans l'enfant soit bien délicat pour supporter les opérations du dentiste, opérations qui sont si redoutées même des grandes personnes. Mais, qu'à cela ne tienne, les enfants ne raisonnent pas et, si le dentiste sait s'y prendre, ils se laissent opérer plus facilement que papa et maman, à moins cependant qu'ils n'aient été effrayés d'avance. Les parents ont, en effet, le tort de parler devant leurs enfants des opérations qu'ils subissent ; ceux-ci, qui ne laissent rien perdre, s'il s'agit de les conduire chez le dentiste, y viennent avec des idées préconçues qui empêchent toute intervention.

Chez l'enfant la sensibilité nerveuse est bien moins accentuée que chez l'adulte ; j'en ai fait la remarque dans ma longue pratique. J'ai souvent constaté que les caries profondes des dents temporaires dont la pulpe est dénudée n'offrent pas au toucher cette douleur aiguë des dents permanentes. C'est pour cela que nous pouvons atteindre sans trop de difficulté le but que nous nous proposons : sauver les dents temporaires, comme nous cherchons à sauver les dents permanentes de la destruction de la carie, à laquelle elles sont si exposées.

Nous avons vu les inconvénients qui surgissent pour la santé et le développement normal des enfants dont la dentition est livrée à elle-même. Mais ce n'est pas leur santé seulement qui est atteinte ; comme je le dis plus haut, l'esthétique de leur physionomie peut aussi en souffrir.

Les arcades dentaires, dépourvues trop prématurément de leurs dents, se rétrécissent, et lorsque les dents permanentes apparais-

sent, celles-ci manquent d'espace et ne peuvent se loger dans leur position normale.

Ce manque de développement des arcades dentaires amène des anomalies difficiles à réduire sans le concours d'appareils prothétiques, et il n'est pas rare qu'il faille supprimer quelques dents, les mâchoires étant trop étroites pour les loger toutes.

Pourtant, la plus grande difficulté pour le praticien n'est pas de régulariser ces imperfections, c'est de maintenir les dents dans la position qu'il leur a donnée. Le port d'appareils de maintien est indispensable pendant plusieurs mois, des années même, afin de permettre à l'ossification de se faire et de combler les vides de déplacement, car, dès que l'enfant cesse de porter son appareil, si l'ossification n'est pas complète, les dents qui ont été déplacées tendent à reprendre leur position définitive, et tout est à recommencer.

Il en est des dents déplacées comme d'un arbuste légèrement incliné auquel on adapte un tuteur : si le tuteur est retiré trop tôt, l'arbuste reprend sa position vicieuse. Aussi, avons-nous souvent à enregistrer des insuccès dans la régularisation de ces anomalies.

En outre de ces insuccès, si nous considérons le nombre de dents susceptibles de se carier par le contact des appareils prothétiques, qui sont plus ou moins bien aseptisés, nous sommes forcés d'admettre combien il est utile et profitable sous tous les rapports de soigner sérieusement la bouche des enfants dès leur jeune âge.

Mais, il faut le reconnaître, peu de familles croient à cette nécessité. Elles ont en général des idées préconçues très enracinées et se figurent que les dents de lait, appelées à disparaître si vite, ne méritent aucun traitement. Il y en a également qui ne sont pas éloignées de croire que nous leur donnons ce conseil dans un but purement lucratif. Notre devoir consiste à les convaincre du contraire, avec la certitude que, si nous réussissons, nous ferons œuvre utile ; notre art et l'humanité n'auront qu'à y gagner.

Permettez-moi maintenant de vous donner un résumé succinct des moyens habituels que j'emploie dans le traitement de la carie des dents temporaires.

Ce traitement ne diffère pas beaucoup de celui des dents permanentes, et, si vous le voulez bien, nous le diviserons en quatre catégories, de la même façon qu'on indique les caries des dents permanentes, suivant l'état d'avancement qu'elles ont acquis :

1° Les caries superficielles quand l'émail et l'ivoire sont à peine atteints ;

2° Les caries plus profondes, quand la pulpe n'est pas compromise ;

3° Les caries profondes avec pulpe dénudée et vivante ;

4° Les caries avec pulpe morte et les dents abcédées ou fistulées.

Le traitement de la première et de la seconde catégorie est des plus simples : il suffit de bien nettoyer et disposer la carie et de procéder à l'obturation immédiate avec de l'amalgame métallique ou des ciments plastiques.

J'emploie de préférence les ciments pour les dents antérieures, les amalgames pour le fond de la bouche.

Si je donne la préférence aux amalgames pour les molaires, c'est à cause de leur manipulation facile. Il est, en effet, plus commode avec eux de faire des obturations durables, malgré l'envahissement de la salive, ce qui n'est pas le cas avec les ciments qui n'acceptent pas d'humidité. Cependant, il m'arrive assez souvent d'employer ces derniers pour les faces triturantes, mais jamais pour les caries interstitielles, car leur solidité est trop éventuelle.

Pour les caries du 3e degré je commence d'abord par un pansement arsenical et j'emploie de préférence le coton préparé de Thomas (en très petite dose). Cette préparation fuse moins que l'arsenic pur et est moins dangereuse. Je laisse séjourner mon pansement pendant 24 heures au plus, afin d'éviter des accidents. Je retire alors ce pansement et j'ouvre largement la chambre pulpaire. Si le nettoyage se fait sans douleur, je remplace ce premier pansement par un autre à l'acide phénique, que je laisse deux ou trois jours. Si, au contraire, la dent est sensible, je renouvelle le pansement arsenical, que je retire toujours 24 heures après, pour le remplacer par un autre à l'acide phénique.

Après ces trois ou quatre jours de traitement, j'extirpe les nerfs et je fais un pansement iodoformé recouvert d'une obturation provisoire à la gutta, que je laisse quinze jours à trois semaines pour m'assurer de l'insensibilité complète de la dent et éviter, s'il survient de la périostite, de faire souffrir l'enfant en lui débouchant sa dent. Car, bien que des praticiens prétendent qu'on peut obturer toutes les dents immédiatement après l'extirpation des nerfs, j'ai éprouvé, pour ma part, des déboires avec ce système, et c'est pour cela que je prends les précautions ci-dessus mentionnées, dont je me suis toujours bien trouvé.

J'ajoute même que j'y attache d'autant plus d'importance qu'il est indispensable avec les enfants d'éviter des souffrances, dans la crainte qu'ils ne se rebutent et ne nous empêchent de faire le nécessaire pour sauver leurs petites dents.

J'emploie les mêmes procédés pour l'obturation définitive du 3e degré, que pour les caries des 1er et 2e degrés, mais en ayant soin de garnir préalablement la chambre pulpaire d'une légère couche de gutta, sans la faire pénétrer dans les canaux.

Quant aux caries du 4e degré, dès la première visite je les nettoie superficiellement, je fais un pansement à l'huile de girofle ou à l'iodoforme, que je laisse 48 heures ; ce n'est qu'après ce premier pansement que je nettoie la carie à fond. S'il y a abcès, je le cautérise au galvano-cautère et j'essaie de faire passer par les canaux en communication avec l'abcès, des injections antiseptiques. Je renouvelle mes pansements tous les deux ou trois jours et, lorsque l'abcès ou la fistule ont disparu, j'obture provisoirement la dent à la gutta et je laisse cette obturation deux ou trois mois avant de procéder à l'obturation définitive. J'agis alors pour celle-ci comme pour les caries du 3e degré.

Voilà en quoi consiste tout mon système de traitement. Vous le trouverez peut-être bien minutieux. Quant à moi, je considère qu'on ne saurait être trop prévoyant lorsqu'il s'agit d'assurer la réussite d'opérations si délicates.

Des dents de six ans.

Si nous reconnaissons l'utilité des soins minutieux à donner aux dents temporaires, à plus forte raison devrons-nous surveiller attentivement les dents de six ans.

Ces dents, qui, tout en étant de la seconde dentition, font partie intégrante de la première, puisqu'elles évoluent bien avant la chute des temporaires, ont généralement une destinée des plus précaires. En dehors de leur prédisposition à la carie, qui les détruit avec une rapidité surprenante, elles ont le malheur d'être confondues avec leurs voisines et sont, commes elles, complètement négligées.

Mais leur destruction rapide tient surtout à l'ignorance des parents. S'ils savaient qu'elles doivent rester et qu'elles sont, pour ainsi dire, le principal pilier de la seconde dentition, s'ils se rendaient compte de l'importance de leur conservation, ils ne les laisseraient certainement pas livrées à elles-mêmes. Ils soumettraient leurs enfants à nos soins suivis, et nous pourrions combattre le mal avant qu'il fît de trop grands ravages, tandis qu'ils nous amènent leurs enfants toujours trop tard.

Qui de nous, en effet, n'a eu maints exemples frappants de ce que j'avance ? Que de fois ne nous est-il pas arrivé qu'on nous conduise des enfants de 7, 8 et 10 ans pour leur arracher cette dent, — et les parents sont tout surpris d'apprendre qu'elle ne sera pas remplacée !

Bien entendu, la carie étant très avancée, la couronne de la dent est aux trois quarts détruite, la dentine est ramollie jusqu'au fond de la chambre pulpaire, l'enfant souffre horriblement et

demande à être soulagé. Arracher la dent, c'est un parti radical qui amène un soulagement immédiat ; mais quelle en sera la conséquence ? Il est probable que, lorsque les dents de six ans sont en cet état, les temporaires ont subi le même sort.

En pareil cas, si nous enlevons les dents de six ans, que restera-t-il à l'enfant pour triturer ses aliments ?

Vous voyez d'ici les suites d'un pareil procédé.

Il est donc de notre devoir de chercher à les guérir et de les leur conserver au moins jusqu'à l'époque où les prémolaires seront remplacées par les bicuspides de seconde dentition. A partir de ce moment, si les dents de six ans, qui ont été préalablement réparées, sont jugées incapables de rendre de longs services, il sera bon de les supprimer, et cela pour une bonne raison : en les enlevant au moment où la dent de douze ans va faire son évolution, celle-ci prendra leur place, et il ne restera aucun vide à la mâchoire, tandis qu'en extrayant la dent de six ans après l'évolution complète de celle de douze ans, l'espace resté vide n'arrivera jamais à se combler. La dent de douze ans tendant à se rapprocher des bicuspides s'inclinera d'arrière en avant, et sa face triturante deviendra défectueuse par rapport à la dent correspondante de la mâchoire opposée, ce qui l'empêchera de remplir exactement les fonctions auxquelles elle est destinée.

Il nous faut donc agir avec prudence et discernement, suivant le cas, afin que l'enfant qu'on nous confie puisse profiter de tous les secours de notre art.

Quant au traitement de ces dents, je ne vous entretiendrai que des caries des 3e et 4e degrés. Celles des 1er et 2e degrés pouvant être obturées immédiatement sans aucun inconvénient, je vous dirai simplement que j'aurifie ces dernières de préférence à tout autre genre d'obturation et que j'emploie l'or de Trey ou l'Odonto à cause de sa manipulation facile.

Lorsqu'il s'agit d'une carie du 3e degré, j'enlève avec soin le plus possible de dentine ramollie, ce qui me permet de placer un pansement arsenical dans de bonnes conditions pour qu'il agisse vite.

Si la carie est sur la face triturante de la dent, je laisse volontiers ce premier pansement 48 heures en place ; si, au contraire, la carie est interstitielle et proche du collet, par prudence je fais toujours revenir mon patient dans les 24 heures.

Le lendemain, je nettoie à fond la cavité, je replace un autre pansement arsenical dans le fond de la chambre pulpaire pour achever de détruire le nerf, et je n'enlève ce dernier que quelques jours après. J'élargis, s'il y a lieu, les canaux radiculaires avec un foret Donaldson approprié, afin de pouvoir introduire facilement une

mèche phéniquée, que je laisse quelques jours; je remplace alors la mèche par de la gutta trempée préalablement dans de l'essence d'eucalyptus, j'introduis cette gutta avec précaution afin d'éviter qu'elle ne dépasse l'apex des racines, car à l'âge de 8 et 10 ans l'apex des racines est encore largement ouvert, et si par malheur la matière obturatrice, quelle qu'elle soit, le dépasse, des complications sont toujours à craindre. Aussi, n'est-ce qu'après 48 heures d'observation que je termine l'obturation. Ce court espace de temps suffit largement pour en assurer le succès, car s'il doit survenir de la périostite, elle a toujours lieu immédiatement après l'obturation des racines.

Le Sullivan, pour les grandes cavités, bien qu'il noircisse les dents, peut être considéré comme la matière obturatrice par excellence. Cet amalgame très plastique est antiseptique et il possède, en outre, la propriété de durcir la dentine et d'arrêter la carie plus sûrement que ses congénères. Il remplit donc le but que nous cherchons, et, jusqu'à ce que nous ayons trouvé mieux, nous aurions tort de rejeter son emploi.

Mon traitement pour les caries du 4e degré avec abcès ou fistule, ou simplement infectées, consiste à faire des pansements antiseptiques jusqu'à rendre les dents aseptiques. Je prépare les cavités et les canaux radiculaires de la même façon que ci-dessus et j'attends pour obturer les canaux que toute trace d'inflammation soit disparue. Il m'arrive même, lorsque je crains la récidive, de mettre à demeure une mèche antiseptique dans les canaux, d'obturer la cavité à la gutta, et de laisser cette obturation provisoire plusieurs mois avant de la faire définitive.

Il va sans dire que pour toutes ces obturations j'emploie généralement la digue de caoutchouc ; je prends même la précaution de n'enlever l'obturation provisoire qu'après avoir placé la digue, afin d'éviter l'introduction de la salive dans les canaux et de contribuer à un insuccès.

Si je ne puis placer la digue, je prépare à l'avance la gutta qui doit remplacer la mèche et je préserve les dents de l'humidité avec des linges et de l'amadou, puis j'enlève mon obturation provisoire avec dextérité, afin d'avoir le temps d'obturer au moins les canaux radiculaires à sec.

Je termine ce petit travail, que j'aurais pu développer davantage et rendre plus intéressant en traitant les maladies multiples de l'enfance avec toutes leurs conséquences au point de vue dentaire; mais nous sommes si rarement consultés pour d'autres affections que la carie que j'ai cru devoir m'en tenir à elle seule. Avec le temps, espérons-le, nos connaissances techniques spéciales seront mieux appréciées et en maintes circonstances nos con-

seils ne seront pas dédaignés. C'est à nous de nous faire valoir.

Un mot encore, je vous prie, pour confirmer mon jugement sur l'amalgame Sullivan.

Vous avez dû lire, dans le dernier numéro du *Progrès dentaire* ou dans la *Revue Odontologique* qui vient de paraître et qui le reproduit, l'intéressant article sur l'amalgame de cuivre, ses avantages et ses inconvénients, par J.-H. Badcock. Ce travail a été présenté à la Société Odontologique de la Grande-Bretagne.

Vous aurez vu toutes les critiques qui sont faites sur ce métal, ainsi que les nombreux avis favorables et contraires ; cependant, cette question est loin d'être résolue. Quant à moi, mon opinion est faite.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'eucaïne B.

M. Reclus. — Je vous ai entretenus l'année dernière avec M. Pouchet de recherches comparatives sur l'eucaïne et la cocaïne. Nous avions conclu que l'eucaïne semble jouir d'un pouvoir anesthésiant moindre que la cocaïne, qu'elle est plus douloureuse et que, d'ailleurs, elle détermine une vaso-dilatation telle que l'hémorragie voile le champ opératoire.

M. Silex (de Berlin) a proposé, il y a quelques mois, un nouveau corps, l'eucaïne B. Schmidt et Dolbeau l'ont étudié en France. Je viens de l'employer nombre de fois dans mon service, et voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Les solutions d'eucaïne B peuvent être stérilisées par l'ébullition, sans s'altérer comme la cocaïne, qui se transforme dans ce cas en ecgonine. D'autre part les solutions d'eucaïne B se conservent pendant des mois ; celles de cocaïne ne se conservent que 15 jours au plus.

Quant à la toxicité, elle est beaucoup moindre : tandis que 8 centigrammes de cocaïne par kilogramme tuent un cobaye, il faut 30 centigrammes d'eucaïne B pour le tuer. La proportion de toxicité est donc de 1 à 3.75.

Lorsqu'on pratique les injections intradermiques pour obtenir

l'anesthésie préopératoire, avec la cocaïne il ne faut pas dépasser 15 à 20 centigrammes ; avec l'eucaïne B, on peut, en employant 25 à 30 centigrammes (sans aucun incident), pratiquer les opérations les plus variées. La dose pourrait même être encore augmentée sans inconvénient.

J'ai aussi employé des solutions à 2 pour 100 d'eucaïne B, au lieu des solutions à 1 pour 100 que j'emploie avec la cocaïne. Avec ces solutions à 2 pour 100 d'eucaïne B j'obtiens l'anesthésie immédiate, au lieu d'attendre cinq minutes comme avec la cocaïne.

Vous savez aussi que le changement de position (de l'horizontale à la verticale) amène souvent, après l'injection de cocaïne, des vertiges, des vomissements, etc. Rien de pareil avec l'eucaïne B, dont l'emploi en stomatologie est par conséquent supérieur à celui de la cocaïne.

En chirurgie générale faut-il abandonner aussi la cocaïne ? Je ne le crois pas ; d'abord l'eucaïne B est moins analgésiante que la cocaïne, elle produit aussi de la vasodilatation ; la piqûre est douloureuse ; une heure après l'injection, il se produit une sensation de brûlure.

Je reste donc fidèle à la cocaïne, avec laquelle j'ai pratiqué plus de 4.000 opérations sans incident mémorable.

Je ne conseillerai de la remplacer par l'eucaïne B qu'en stomatologie ou lorsque, le champ opératoire étant très étendu, il est nécessaire d'employer une grande quantité de liquide, ce qui pourrait être dangereux avec la cocaïne et ne le sera jamais avec l'eucaïne B.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — Les accidents de la première dentition et leur traitement.

L'époque de l'éruption des premières dents a toujours été considérée comme une période critique à traverser pour les enfants, et bien que dans ces dernières années certains auteurs aient mis en doute l'existence des maladies de dentition, la plupart des cliniciens n'en sont pas moins restés convaincus que ces affections existent réellement.

L'éruption, dernier stade de l'évolution du follicule dentaire, ne suit pas toujours une marche régulière ; on voit de rares enfants naître avec des dents, alors que d'autres ont encore les gencives glabres et intactes à quinze et vingt mois. Mais ce sont là des exceptions et l'éruption normale se fait à peu près dans l'ordre suivant : les deux *incisives médianes inférieures* apparaissent à l'âge de six à sept mois, et cela en dix jours environ ; après un repos de deux mois se montrent les deux *incisives centrales supérieures*. Ce n'est que cinq mois plus tard, vers le quinzième mois, qu'évoluent les deux *incisives latérales inférieures*, puis les deux *incisives latérales supérieures*. A ce moment, nouveau répit : les quatre *premières molaires* font leur apparition du dix-huitième au vingt-quatrième mois, laissant un espace vide entre elles et les incisives

latérales, espace que les *canines* combleront du vingtième au trente-quatrième mois. Enfin, les *deuxièmes molaires* viendront compléter la première dentition, qui devra être terminée à la fin de la troisième année.

Deux faits sont à signaler dans cette chronologie de l'éruption des dents de lait : les dents homologues évoluent en même temps, et leur apparition est suivie d'un moment de repos ; la sortie des dents du maxillaire inférieur précède celle des dents du maxillaire supérieur.

Comment se fait cette éruption ?

Le follicule a donné naissance à la dent dont les différentes parties se développent et se calcifient progressivement dans le maxillaire. Pour évoluer en dehors, il va lui falloir traverser des tissus durs et des tissus mous, et c'est ainsi qu'on assistera successivement à la résorption de la paroi alvéolaire antérieure, à l'usure et à la perforation de la gencive et enfin à la reconstitution de l'alvéole.

Ces divers temps de l'ascension des dents sont bien connus, mais il n'en est pas de même du mécanisme, de la force qui préside à ce travail. Les uns (Magitot) prétendent que la dent est poussée vers l'extérieur par suite du développement de sa racine venant buter sur le tissu osseux du maxillaire ; les autres (Dumontporcelet) croient que l'alvéole, se développant, entraîne avec lui la dent qui s'y trouve enchâssée, ou encore qu'il chasse la dent comme un noyau de cerise pressé entre les doigts.

Pour nous, nous pensons que la dent, suivant la voie naturelle qui lui est indiquée par son mode d'origine — production épidermique — tend à gagner la surface libre de la gencive. L'apport nutritif continuel qui lui vient d'une circulation spéciale provoque son développement progressif, et, son volume augmentant sans cesse, elle produit sur les tissus qui l'entourent un travail comparable à celui de l'*ostéite raréfiante*. C'est ainsi qu'on verra disparaître lentement devant la masse dentaire la paroi osseuse qui gênait son éruption et que, d'un pas plus rapide, cette dent traversera la couche gingivale et viendra faire irruption au dehors.

Mais cette activité vitale qui a produit l'ostéite raréfiante ne sera pas éteinte de sitôt, et, selon l'ordre ordinaire que nous constatons en d'autres points de l'organisme, nous la verrons être le point de départ d'une *ostéite condensante* ; l'alvéole se reformera, grandira, ajoutant elle-même à la poussée des dents.

Cette théorie nous permettra d'expliquer les accidents qui peuvent se rencontrer au cours de la première dentition et que nous allons passer en revue.

*
* *

L'enfant qui *fait ses dents* en souffre parfois, et on le voit maussade, agité, faisant des grimaces, pleurant et portant les doigts à sa bouche. Il mâchonne, il mordille, cherchant à calmer le prurit qui le tourmente ; la salive, hypersécrétée de façon réflexe, coule de sa bouche et mouille ses langes.

La muqueuse gingivale est plus ou moins enflammée, et toutes les complications locales peuvent se montrer, depuis la stomatite aphteuse jusqu'au muguet. A ce moment aussi on voit parfois se développer un engorgement des ganglions voisins, qui sera fort long à disparaître et pourra prêter à des erreurs de diagnostic.

Cependant l'enfant a de la fièvre, et la nuit se passe sans sommeil. L'inflammation buccale gagne le naso-pharynx et s'étend aux organes respiratoires : c'est ainsi qu'au coryza s'ajoute parfois de la pharyngite et de la laryngite et qu'on peut voir l'hypersécrétion salivaire augmenter selon le degré d'obstruction des voies nasales. C'est dans ce cas également qu'apparaît une toux sèche, quinteuse, qui peut devenir grave si des accidents respiratoires, bronchite, broncho-pneumonie, surviennent.

Du côté du tube digestif, les complications sont fréquentes : il y a surtout du catarrhe gastro-intestinal avec vomissements et diarrhée ; dans ce cas les selles, jaunes au début, deviennent rapidement vertes et sanguinolentes, selon qu'on a affaire à de la lientérie, à de l'entérite ou à de la dysenterie. L'enfant ne se nourrit plus ou assimile mal ; son poids diminue ou du moins cesse d'augmenter.

Le système nerveux tout entier est impressionné d'une façon réflexe par l'évolution dentaire et il n'est pas une mère qui ne redoute à ce moment pour son enfant les *convulsions*. Ce seront parfois de simples grimaces, des mouvements convulsifs de la face et des membres supérieurs et inférieurs, mais ce pourront être aussi des accidents beaucoup plus graves, avec strabisme et nystagmus, des convulsions internes, le coma, qui laisseront peut-être une trace indélébile de leur passage. Pour certains auteurs, la chorée n'aurait souvent pas d'autre origine.

On a signalé du côté de la peau de nombreux accidents morbides produits par la dentition : troubles vaso-moteurs avec pâleur ou rougeur excessive des téguments ; sueurs profuses avec sudamina et érythème rubéolique ; urticaire, prurigo, impétigo, diverses formes d'eczéma.

Les organes des sens sont également susceptibles d'être atteints, d'une façon réflexe ; l'otite n'est pas très rare au cours de l'évolution dentaire, et l'on voit assez souvent une forme de conjonctivite non contagieuse et guérissant parfaitement.

Nous rappellerons, pour terminer, que le rein peut être troublé dans ses fonctions, et qu'on a noté pendant la dentition des urines qui ne restent pas limpides et incolores, mais se troublent et blanchissent, probablement par suite de la trop grande quantité de phosphate qu'elles contiennent.

*
* *

Comment et quand se produisent les troubles attribuables à la première dentition ? Tous les enfants en sont-ils menacés, et cela pendant tout le cours de l'évolution dentaire ?

On a remarqué que les phénomènes morbides coïncident surtout avec l'éruption des molaires et des canines et que ces phénomènes sont d'autant plus accentués qu'un plus grand nombre de dents évoluent en même temps.

Pamard, d'Avignon, se basant sur des centaines d'observations, déclare que pendant la saison froide, la dentition s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des voies respiratoires, tandis que pendant la saison chaude les accidents atteignent de préférence le tube digestif. Il en serait de même selon qu'on habiterait au nord ou au midi de la France.

Une certaine importance a été attachée à l'époque et au mode d'éruption des dents : l'évolution se fait-elle normalement, il n'y aura pas d'accidents ; au contraire, y a-t-il précocité ou retard dans l'éruption, on se trouvera en face de troubles de toutes sortes. On peut faire la même remarque selon que les dents viennent se placer plus ou moins régulièrement sur les arcades dentaires.

Tous les enfants ne sont certainement pas égaux devant la dentition, et cette phase du développement, que certains anteurs ne veulent pas considérer autrement qu'un acte physiologique incapable de provoquer des phénomènes morbides, est sûrement une époque de trouble dans les fonctions organiques : tout enfant en période de dentition n'est pas fatalement un malade, mais il est en état d'infériorité, il est prédisposé à la maladie.

Que les antécédents aient fourni à l'enfant un *terrain* peu résistant, et les troubles se multiplieront dans les points les plus faibles de son organisme.

C'est ainsi qu'on verra les hérédo-syphilitiques, les rachitiques, les idiots, dont l'évolution folliculaire a été viciée par la tare héréditaire, présenter une éruption anormale accompagnée d'accidents de tous genres. Voilà encore pourquoi les enfants ayant une tare nerveuse seront prédisposés aux convulsions, sans qu'il soit nécessaire pour expliquer celles-ci d'invoquer une hystérie précoce. Enfin, c'est ce qui explique la fréquence des accidents de dentition chez les enfants dont l'état constitutionnel est affaibli soit par le fait d'une hygiène mauvaise, soit à la suite de maladies infectieuses.

Il faut donc faire à la question du *terrain* la plus grande part dans l'étiologie des troubles produits par la dentition ; il y a là tout ce qu'il faut pour hâter, retarder, vicier le développement des maxillaires et des dents, et c'est ce qu'on pourrait appeler la cause prédisposante des maladies de dentition.

La cause déterminante réside dans le mécanisme même de l'éruption dentaire.

La dent, en évoluant, produit un travail d'ostéite raréfiante ; ce travail s'effectue aux dépens des tissus riches en fibres nerveuses qui pourront réagir sous la poussée incessante qui leur est imprimée. On objectera que cette excitation devrait se produire chez tous les sujets, puisque le même travail se passe chez chacun d'eux. Mais ne rencontrons-nous pas à chaque instant de ces contradictions apparentes? ne voyons-nous pas, par exemple, une affection de même nature se comporter tout différemment, dans ses symptômes subjectifs surtout, suivant le sujet qu'elle atteint ?

Il en est ainsi de la dent qui évolue lentement au sein du maxillaire : les phénomènes nerveux réflexes ne se produiront que lorsqu'elle ren-

contrera, pour une cause ou pour une autre, un terrain anormal à traverser. Tant que la couche de muqueuse qui la recouvre est intacte, les accidents ne sont pas à craindre, car la circulation s'y fait facilement et les nombreux filets nerveux qui s'y répandent ne sont point influencés.

Mais, que le travail résorptif continue, que même il reçoive un coup de fouet, n'ayant plus à exercer son action que sur des tissus mous, la muqueuse s'atrophiera, disparaîtra en partie ; ses éléments vasculaires et nerveux, gênés par la poussée incessante de la dent, se trouveront dans un terrain de vitalité moindre ; la résistance des tissus aux éléments extérieurs, aux microbes de la bouche, sera diminuée et l'on verra apparaître de la congestion des gencives avec tous les phénomènes réflexes dont nous avons parlé antérieurement.

C'est ainsi que les branches du trijumeau, irritées d'une part par la poussée de la dent et d'autre part par les modifications morbides des tissus, vont transmettre leur excitation soit au centre convulsif de Nothnagel, soit aux filets vaso-moteurs et sécrétoires.

C'est également ainsi que se produira l'inflammation buccale, point de départ des traînées congestives pouvant gagner les organes respiratoires et digestifs.

*
* *

Les accidents de dentition seront combattus de différentes façons ; certains remèdes peuvent, en effet, les atténuer, mais souvent leurs suites graves ne sont conjurées que par des moyens rapides de *délivrance*.

Il n'est pas douteux que chaque localisation morbide demande une thérapeutique spéciale ; aussi, pour ne pas tomber dans le domaine de la médecine générale, ne parlerons-nous ici que du traitement des accidents locaux provoqués par l'éruption dentaire.

L'hygiène de la bouche, qui doit être observée dès la plus tendre enfance, sera obtenue dans les circonstances présentes par les lavages fréquents et abondants avec une solution d'hydrate de chloral à 1 pour 100. Cette préparation a l'avantage d'être analgésiante en même temps qu'antiseptique, et, de plus, sa toxicité est faible.

On calmera le prurit au moyen de frictions exercées, plusieurs fois par jour, sur les gencives, avec une préparation cocaïnée qu'on pourra formuler ainsi qu'il suit :

Chlorhydrate de cocaïne	15 centigr.
Chloroforme	1 gramme.
Glycérine	20 —
Essence de roses	VI gouttes.

L'hypersécrétion salivaire, qui coïncide souvent avec le coryza, sera parfois diminuée par de grands lavages du nez avec une solution tiède d'acide borique ou d'hydrate de chloral.

Les troubles provoqués par la dentition, qui ne céderaient pas à ces moyens thérapeutiques, trouveront un remède, pour ainsi dire héroïque, dans les *scarifications gingivales*.

Voici comment on les pratique : l'enfant étant maintenu solidement

sur les genoux de sa mère, la tête immobilisée par une tierce personne, on introduit entre les arcades dentaires l'index gauche qui repousse la langue devant lui ; la gencive blanchie ou congestionnée sous laquelle évolue la dent, cause des accidents, est ainsi parfaitement découverte et, au moyen d'un bistouri tenu presque à plat, on peut couper la muqueuse, soit en un seul temps, soit en deux temps, par des incisions parallèles ou cruciales.

Il est inutile de dire que cette petite opération doit être faite avec toute la propreté possible, la bouche de l'enfant ayant été savonnée et lavée, les doigts de l'opérateur et ses instruments étant aseptisés.

Dans les deux jours qui suivront cette intervention, il sera bon, en plus des soins hygiéniques ordinaires de la bouche, de nettoyer légèrement la plaie plusieurs fois par jour avec un petit tampon d'ouate stérilisée, imbibé d'une solution faible d'acide phénique.

Ces scarifications ne devront être faites que lorsque la dent sera sur le point de traverser la gencive. Elles n'ont de raison d'être et ne donneront de résultat que dans ce cas ; faites plus tôt, elles pourraient avoir un grave inconvénient. En effet, si pour aller chercher la couronne de la dent, il fallait sectionner une grande épaisseur de tissus mous, la plaie ne resterait pas béante et on obtiendrait rapidement la formation d'un tissu fibreux cicatriciel, qui serait plus tard un obstacle à l'évolution définitive de la dent.

Tels sont les moyens locaux qu'on devra employer pour combattre les accidents de la dentition. Mais il ne faut pas perdre de vue que ces troubles proviennent, ainsi que nous l'avons dit, de l'état général et constitutionnel de l'enfant.

Il faudra soigner le terrain en le fortifiant avec les phosphates, le fer, le quinquina ; en le cultivant par une hygiène sévère et de tous les instants.

(*Presse médicale.*)

II. — L'Actinomycose (Étude clinique)

Par le Dr A. H. Pilliet.

Classification. — L'actinomycose provenant en général d'un parasite introduit par la bouche, ses localisations s'expliquent et se classent d'elles-mêmes. Une première forme s'observera lorsque le parasite sera fixé dans la cavité buccale même ou dans les ganglions, ou tissus quelconques entourant la face ; ce sera la forme faciale, ou mieux, à cause de la localisation secondaire dans les ganglions, la *forme cervico-faciale.*

Dans une seconde, beaucoup plus rare à cause de la faiblesse du parasite, l'infection ne se développera que tardivement, dans l'intestin ; et ce sera comme toujours dans le cæcum ou l'appendice que l'on trouvera les lésions initiales, avec retentissement possible sur le foie et les ganglions du mésentère, d'où résulte une deuxième variété, *forme abdominale.*

Enfin, par la bouche, l'infection peut aussi se propager dans les voies aériennes ; le parasite, se développant dans les alvéoles, puis se propageant par les lymphatiques, détermine des pneumo-pleurésies

adhésives, ayant grande tendance à envahir le tissu osseux des côtes et à provoquer des fistules cutanées. C'est la *forme thoracique* de la maladie.

Mais ce n'est pas tout ; l'inoculation cutanée directe, par une épine, une écharde, etc., peut aussi se voir. Cette variété, beaucoup plus rare il est vrai, doit nous faire admettre une *forme cutanée.*

Le défaut de cette classification, basée sur l'étiologie, c'est que l'importance des différents chapitres en est très inégale. En effet, la forme cervico-faciale est de beaucoup la plus fréquente, et son étude chez l'homme ne peut être claire si l'on ne connaît auparavant les principaux traits de la maladie chez les bovidés, où elle existe à peu près seule. Il nous faudra donc la dédoubler pour aller du simple au composé.

Forme cervico-faciale. — A. *Chez les Bovidés.* — L'organe le plus souvent atteint est la langue [1], comme il était facile de le prévoir. MM. Krantz et Tribout, étudiant le mode d'invasion de l'actinomycose chez les bœufs africains, ont retrouvé dans la langue des animaux malades des épines et des débris végétaux chargés d'actinomycose. Von Heille a constaté dans la langue la pénétration de racines d'orge germée actinomycosique. Au bout d'un certain temps, les nodules sous-cutanés, les actinomycomes se développent, soulèvent la muqueuse et donnent à tout l'organe une consistance et une raideur que rappelle le terme de « langue de bois ». Ces nodosités multiples paraissent assez nettement délimitées au doigt.

Après la langue, c'est le maxillaire inférieur qui est le plus souvent envahi [2], les tissus parosteaux étant naturellement pris les premiers. L'os atteint augmente de volume et rappelle les ostéo-sarcomes kystiques. Il amène une déformation souvent extraordinaire du maxillaire, qui peut arriver au volume d'une tête humaine. L'os atteint d'ostéite raréfiante est creusé de cavités et de geodes contenant du sang, du tissu de granulations, et quelquefois du pus. Des fistules nombreuses déversent ce pus et donnent à l'ensemble de la production morbide l'aspect d'un nid de guêpes.

Chez l'homme. — Ici la tumeur de la langue est beaucoup plus rare. Son étiologie est la même. Albert (de Vienne) rapporte l'observation d'un valet de ferme qui avait l'habitude de mâcher des grains de blé ou d'orge et qui fut atteint d'actinomycose linguale.

La tumeur est souvent unique, bien délimitée, l'épithélium peut être sain, mais souvent on observe des érosions. Quand l'actinomycose se ramollit et suppure, il se forme une fistulette laissant couler un pus mal lié, à grains jaunes. La douleur, qui est marquée en général, peut faire complètement défaut.

Le maxillaire inférieur peut être envahi chez l'homme comme chez l'animal et présenter une forme tout à fait comparable à celle de l'ostéo-sarcome ou de la tumeur polikystique du maxillaire. C'est à ce type que se rapporte la célèbre observation de Ducor, dont M. Raphaël Blanchard a donné dans ce journal même une analyse détaillée (*Progrès*

---

1. Bonnet, *Actinomycose de la langue.* Thèse, Lyon, 1896.
2. Thollon, *Du sarcome actinomyçosique.* Thèse, Lyon, 1896.

médical, 3 juillet 1897, p. 8). Il s'agissait d'une malade de 43 ans chez laquelle, à la suite d'un abcès actinomycosique de la région parotidienne, le maxillaire inférieur prit un développement considérable. La malade avait l'habitude de mâchonner des épis d'orge ou de blé.

L'opération faite par M. Jalaguier montre que tout le maxillaire était transformé en une masse kystique, composée d'une douzaine de poches dont trois avaient le volume d'un gros œuf, remplies d'un liquide gélatineux ou de sang. Cette forme de tumeur du maxillaire rappelle l'épithélioma adamantin (v. Thèse Chibret, 1894) à cause des kystes nombreux qui distendent les deux barres de l'os. Le type lingual et le type maxillaire de l'animal se retrouvent aussi chez l'homme ; mais le plus souvent l'affection chez ce dernier prend un caractère différent : la forme cervico-faciale est la plus fréquente, celle que le Pr Poncet désigne sous le nom d'*actinomycose temporo-maxillaire*, pour bien indiquer ses rapports régionaux.

Elle envahit en effet les tissus autour de l'articulation temporo-maxillaire, d'où le mal semble rayonner, envahissant par conséquent les régions masséterne et temporale. Dans une forme aiguë, la plus rare, la maladie ressemble à un phlegmon septique d'origine intra-buccale, et l'examen histologique est souvent nécessaire pour faire le diagnostic.

Dans la seconde forme, subaiguë ou chronique, le début est douloureux, au point de faire penser à une arthrite temporo-maxillaire ; c'est dire que la douleur peut être et est souvent d'une violence extrême, les souffrances se manifestant par des crises, surtout nocturnes. Elle s'accompagne d'un trismus précoce, comparable à celui de la contracture des maxillaires provoquée par une dent de sagesse. Cette constriction n'est pas en rapport constant avec l'intensité de la douleur et M. Bérard l'attribue à l'excitation directe des masséters et des temporaux par le parasite qui les infiltre.

Le gonflement de la région ne tarde pas à survenir, la face temporale se remplit, forme saillie, la tuméfaction gagne en avant l'arcade zygomatique. La sensation perçue par le doigt qui explore la région est tout à fait spéciale ; c'est une « consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides » (Bérard). Cette consistance reste la même, tant à l'extérieur que dans la cavité buccale, où le gonflement s'étend aussi. A cette période, le squelette est sain, les os ne sont pas pris, leur périoste seulement est épaissi et les capitonne plus ou moins. Le bord alvéolaire est intact ; et, tant qu'il ne s'est pas produit de fistules ni d'infection secondaire, on ne rencontre pas d'adénite.

Au bout d'un certain temps, les fistules s'établissent seules, ou bien l'intervention chirurgicale ouvre les foyers ramollis. Le malade est alors soulagé surtout de la douleur. L'aspect de la face, avec son gonflement et ses cicatrices, est alors tout à fait particulier et devient typique à force de ne ressembler à rien de classique.

Cet état peut se prolonger assez longtemps, mais le mal se propage aux parties voisines ; il peut alors exister des actinomycoses labiales, bucco-linguales et pharyngo-laryngées, qui compliquent le tableau

clinique et rendent le pronostic singulièrement grave. On en a vu simuler l'angine de Ludwig, en occupant le siège de ce phlegmon (Doyen, 1891). Peu à peu, dans les formes chroniques, les régions latérales du cou sont envahies, puis la nuque, et une doublure ou capitonnage ligneux de la région du cou soude la tête au thorax. Toutes ces sortes indurées peuvent devenir et deviennent le siège d'abcès qui s'ouvrent au dehors et restent fistuleux.

Dans le *maxillaire supérieur* l'affection se développant dans les lamelles minces de l'os prend une allure spéciale. Elle ne développe pas de grands kystes, mais érode et détruit les lames osseuses, envahissant tout l'antre d'Highmore et simulant la carie syphilitique. C'est l'actinomycose nécrosante de Poncet [1].

Cette forme, qui prend le maxillaire supérieur, nous conduit à étudier une complication redoutable de la maladie, la propagation aux centres nerveux. Elle s'étend, en effet, souvent à l'orbite et aux méninges et produit soit des abcès limités du cerveau, soit, ce qui est le plus fréquent, des méningo-encéphalites mortelles. Indépendamment de cette propagation directe, les centres nerveux peuvent être envahis à la suite d'une métastase, alors que le foyer primitif existe dans la région cervico-faciale ou dans le poumon. Pour Job la maladie peut aussi se propager directement au tissu nerveux en suivant les veines, les gaines des nerfs ou en s'attaquant directement aux os de la base du crâne et de la colonne vertébrale. On voit par cette multiplicité des voies d'accès au cerveau que l'actinomycose primitive des centres nerveux, si elle est possible, doit être très rare et qu'elle ne saurait être affirmée sans un examen anatomique approfondi de tout le sujet.

On reconnaît deux formes principales de ces complications cérébro-méningées : dans l'une, le complexus symptomatique est celui d'une tumeur cérébrale ou d'une gomme ; dans l'autre, c'est celui d'une méningite ou plutôt d'une méningo-encéphalite diffuse. Mais entre les deux il existe une quantité de cas intermédiaires, suivant que la lésion tend à s'étendre ou à se circonscrire. La céphalée intense est notée dans la plupart des observations ; elle s'accompagne de nausées et de vomissements inconstants, survenant sans raison définie. La névrite optique est fréquente. Les symptômes moteurs n'apparaissent que tardivement, ainsi que les troubles intellectuels. Enfin les rémissions sont fréquentes, surtout dans les premiers temps de la maladie. Tel malade que l'on songe à trépaner d'urgence se trouve bénéficier d'un mieux subit.

La forme circonscrite peut ne s'accompagner d'aucun signe clinique et n'être qu'une trouvaille d'autopsie ; le fait s'est rencontré sept fois sur les quinze observations recueillies par Job dans sa thèse [2].

III. — L'âge opportun pour les interventions dans le bec-de-lièvre.

Par le professeur Le Dentu.

Cette question doit être résolue séparément pour le bec-de-lièvre et

---

1. Quenet, *Actinomycose du maxillaire supérieur*. Thèse, Lyon, 1895.
2. Job, *De l'actinomycose des centres nerveux*. Thèse, Lyon, 1896.

pour les divisions palatines ; mais les considérations qui me guideront seront à peu près du même ordre pour les deux catégories de faits.

Malheureusement, dans plusieurs des statistiques publiées jusqu'à ce jour, les conclusions sont tirées de cas très différents les uns des autres. Le problème est, il faut le reconnaître, des plus complexes. Dans l'appréciation des résultats, il faut tenir compte de la mortalité normale des enfants en bas âge, de la débilité congénitale de ceux qui sont atteints de difformités de la face, et de l'importance de l'opération subie. Admettons que la mortalité normale des trois premiers mois soit suffisamment connue ; comment établir le coefficient de la mortalité par la débilité congénitale? Les partisans des opérations hâtives tirent de cette débilité un argument spécieux. Elle serait occasionnée par la difformité elle-même. Supprimer cette dernière, c'est placer les enfants dans des conditions favorables pour lutter contre les causes de mort résultant de leur faiblesse native. S'ils meurent, c'est que cette dernière était trop profonde ; alors ce n'est pas à l'opération qu'il faut attribuer la mort, mais bien à la tare congénitale (J. Wolff, Trendelenburg, etc.).

Les adversaires des opérations hâtives tiennent de leur côté ce langage : les difficultés d'alimentation résultant des difformités ne peuvent, à elles seules, fournir la raison des morts nombreuses et précoces chez les enfants qui en sont atteints. Aussi ne voit-on pas très bien comment l'opération peut faire cesser la débilité, si celle-ci n'est pas due à une alimentation défectueuse. Elle crée par elle-même certains dangers directs, immédiats, tels que l'hémorragie ; elle en crée aussi d'indirects dont il ne faut pas chercher à la décharger quand même : tels sont l'inappétence, la diarrhée, la broncho-pneumonie, conséquences de l'infection buccale, ou simplement du *shock* qui prédispose les très jeunes enfants à ces accidents auxquels sont exposés même ceux qu'une difformité ne met pas dans un état d'infériorité organique. On lui attribue aussi un état d'anémie persistante, dont les effets pernicieux sont parfois difficiles à démêler de ceux de la débilité congénitale, et qui cause la mort de beaucoup de petits opérés dans un laps de temps plus ou moins long. Sur dix sujets très jeunes à qui Ehrmann avait fait l'uranoplastie pendant la période comprise entre la naissance et l'âge de deux ans, neuf avaient succombé avant quatre ans à des affections intercurrentes qui avaient eu facilement prise sur leur organisme débilité (variole, pneumonie, méningite tuberculeuse, diarrhée cholériforme).

Si l'on voyait toujours les accidents se déclarer sur des sujets notoirement débiles et s'il était absolument certain que l'opération relevât des forces de ceux qui y résistent, la cause des interventions précoces serait gagnée ; mais il arrive malheureusement que des enfants robustes succombent à l'opération d'un bec-de-lièvre compliqué, et, d'autre part, s'il paraît à peu près démontré que certains enfants à constitution faible bénéficient de l'intervention au point de vue de leur état général, il resterait à prouver que leur nombre est supérieur à celui des sujets débiles qui meurent directement ou indirectement de l'opération. Quelques chiffres tirés de statistiques importantes donneront une forme plus concrète à ces considérations.

Commençons par ce qui concerne le *bec-de-lièvre*. Malgré son ancienneté relative, la statistique de Périat n'est pas dénuée d'intérêt. Cet auteur a relevé les résultats de l'opération du bec-de-lièvre sur quatre catégories d'opérés, groupés selon leur âge :

Sur cinquante opérations faites dans les douze premiers jours : quarante et une guérisons, six insuccès, trois morts, soit 6 0/0.

Sur quarante-quatre opérations du deuxième au quinzième mois : trente-sept succès immédiats, deux réunions secondaires, quatre insuccès, un mort : 2,27 0/0.

Sur vingt-six opérations entre deux et six ans : vingt succès immédiats, deux réunions secondaires, trois insuccès, un mort, soit 3,84 0/0.

Enfin sur quarante-neuf opérations entre six et trente ans : quarante-neuf guérisons.

Les statistiques de Fritzsche (225 cas) et de Hoffa présentent les choses sous un tout autre aspect. D'après le premier, la mortalité pendant les deux semaines consécutives à l'opération serait de 12,53 0/0 ; depuis la troisième semaine jusqu'au troisième mois révolu, de 14,9 0/0 (94 cas, 14 morts). La mortalité totale jusqu'à la fin du neuvième mois, de 21 à 22 0/0.

Hoffa élève à 35 0/0, pour la première année, la mortalité générale des enfants atteints de malformation de la face opérés.

« La mortalité normale des enfants de cet âge étant de 25 0/0, on doit mettre sur le compte de l'opération du bec-de-lièvre une augmentation de 10 0/0. » (Lannelongue.)

D'après Müller, il n'y aurait eu que six morts sur deux cent soixante-dix becs-de-lièvre opérés à la clinique de Tübingen depuis 1843 jusqu'en 1885, soit 2,22 0/0, et à l'époque où il publiait cette statistique, il y avait cent cinquante survivants. Huit cas de *bec-de-lièvre compliqué bilatéral* ont donné à eux seuls quatre décès.

Lannelongue, sur quinze opérations, a perdu deux enfants, l'un opéré au sixième jour pour un bec-de-lièvre unilatéral, l'autre plus tard pour un bec-de-lièvre bilatéral avec saillie de l'intermaxillaire (hémorragie).

Dans un article récent A. Broca a exposé les résultats de sa pratique : sur soixante-deux cas, il y a eu cinq morts, toutes sur des enfants hospitalisés, âgés de moins de deux ans, soit environ 8 0/0. L'influence du séjour dans un milieu nuisible s'est fait sentir très nettement dans cet ensemble de faits.

Que conclure de tous ces chiffres, de ces proportions de mortalité passablement discordantes ? D'abord, que l'opération n'est pas absolument sans péril sur de très jeunes enfants. D'autre part, tous les chirurgiens ne sont-ils pas d'accord sur ce point que l'opération d'un bec-de-lièvre compliqué, sur des enfants ayant atteint deux ans, ne peut entraîner la mort que par suite de quelque maladie tout accidentelle, comme la diphtérie ou une fièvre éruptive, et n'ayant aucune connexion directe avec l'intervention ? La prudence devrait donc, sinon faire rejeter l'action chirurgicale jusqu'à l'époque où tout danger semble écarté, du moins empêcher de soumettre à une épreuve redou-

table de petits êtres doués d'une résistance insuffisante. Cependant, sur ce point, les chirurgiens semblent encore extrêmement partagés. Il y a pourtant une opinion moyenne qui tend à s'établir.

Je ne crois guère à l'influence favorable des opérations sur la débilité congénitale, et je considère celle-ci comme une contre-indication temporaire à toute intervention, même très simple. Il n'est permis, selon moi, d'opérer dans les premiers jours de la vie que les enfants portant un *bec-de-lièvre unilatéral incomplet* et ayant toutes les apparences de la vigueur ; mais, même pour ceux-là, en dépit des résultats, très bons au point de vue de la forme, que donnent, d'après certains chirurgiens, ces opérations précoces, la meilleure période pour l'intervention est l'âge de trois, quatre ou cinq mois. La règle fondamentale est d'agir avant que la dentition commence.

Pendant cette période on peut encore s'attaquer aux becs-de-lièvre unilatéraux complets, avec ouverture large de la narine, nécessitant des débridements latéraux, mais à la condition qu'il n'y ait pas à toucher au squelette. Si l'on avait à corriger une saillie exagérée de l'os intermaxillaire, accompagnée d'une fissure plus ou moins étendue du palais, mieux vaudrait remettre l'opération jusqu'à l'âge de douze à quinze mois, en choisissant un moment où les accidents de dentition ne seraient pas à redouter. Pour les becs-de-lièvre doubles sans malformation osseuse, j'estime qu'une attente d'un an a également ses avantages, mais pour les plus compliqués (tubercule médian saillant, division palatine étendue ou complète), il y a imprudence à agir avant l'âge de dix-huit mois à deux ans. Depuis vingt ans déjà j'ai adopté cette règle, en m'inspirant de cette idée directrice qu'*un enfant ne devrait jamais mourir à la suite d'une opération de bec-de-lièvre*, même très complexe.

Le chirurgien doit savoir imposer aux parents, trop pressés de supprimer une difformité qui blesse leur amour-propre, la décision que l'analyse sévère des faits lui dicte.

Les mêmes considérations sont de mise, *a fortiori*, en ce qui concerne les *divisions du palais osseux* et *du voile*, et leur restauration par l'*uranoplastie* et la *staphylorraphie*. Les chirurgiens qui croient que la débilité congénitale est en relation de cause à effet avec la difformité, préconisent naturellement les opérations précoces. D'autres s'appuient sur la nécessité de reconstituer le plus tôt possible les parties qui concourent à l'émission et à l'articulation de la voix, de manière à mieux assurer dans l'avenir l'exercice normal de la fonction phonétique. J. Wolff, Marsh, Buzenard, Annandale, Trendelenburg comptent parmi les partisans les plus déclarés de l'interventien hâtive. En admettant qu'on puisse constamment compter sur cette dernière pour atténuer ou faire cesser la faiblesse congénitale, on ne doit pas oublier que l'opération fait courir des risques à tous les sujets indistinctement, robustes ou débiles, lorsqu'elle est pratiquée à un âge très tendre, entre quelques mois et un ou deux ans. Si quelques-uns des enfants atteints de malformations profondes doivent succomber par le simple accroissement de leur faiblesse, sans avoir été opérés, cette sélection naturelle ne doit-elle pas être préférée à celle qui résulterait de l'inter-

vention chirurgicale ? Si, d'un autre côté, on ne perd pas de vue que l'*intervention suffisamment retardée n'est jamais mortelle*, les risques bien réels des interventions trop précoces prennent dans le parallèle une importance énorme. Il s'agit de savoir à partir de quel âge le péril de mort peut être considéré comme entièrement écarté.

Il fut un temps éloigné où des chirurgiens tels que Roux et Langenbeck s'interdisaient la staphylorraphie ou l'urano-staphylloraphie avant l'âge de seize ans. L'anesthésie et le perfectionnement du manuel opératoire ont permis d'abaisser notablement l'âge favorable pour l'intervention. Trélat était arrivé à le fixer à six ou sept ans, puis à cinq ou six ans, et son précepte a été suivi par beaucoup de chirurgiens. Outre la bénignité que le choix de ce moment assure, il est avantageux au point de vue de la correction de la parole. L'enfant de six à sept ans comprend ce qu'on lui demande, lorsqu'on entreprend son éducation phonétique ; avec un enfant plus jeune, on risque de perdre son temps, à moins pourtant que l'imitation ne s'en mêle et que de lui-même le petit opéré ne cherche à reproduire les sons qu'il entend et n'essaye de régler sa prononciation sur celle des modèles qui l'entourent. Quoique cette correction spontanée de la parole ne soit pas à mes yeux chose démontrée, j'admets que, sur des sujets robustes, on fasse l'urano-staphylorraphie ou la staphylorraphie à un âge un peu plus tendre que six à sept ans, mais je ne me risquerais pas volontiers jusqu'à nouvel ordre à descendre au-dessous de cinq ans, de quatre ans à la grande rigueur.

Ce qui m'arrêterait surtout, en admettant que l'intervention moyennement précoce ne comporte plus aucun risque, ce serait la crainte des *arrêts de développement de la face* qu'ont observés certains chirurgiens à la suite des opérations. Ce fait ressort manifestement de quelques moulages d'Ehrmann, pris spécialement sur des enfants qui avaient été opérés dans les premières années de la vie, au-dessous de trois ou quatre ans ; le distingué chirurgien de Mulhouse l'a observé aussi, quoique à un faible degré, sur des sujets opérés entre quatre et sept ou huit ans. Il a été vu, par Delore, à un degré tel qu'il en est résulté, chez un de ses opérés, une véritable difformité de la face. Sur un enfant mâle ayant subi l'urano-staphylorraphie à *cinq mois* et revu à dix-huit ans, l'écartement des deux grosses molaires supérieures n'était que de $0^{m}035$ au lieu de $0^{m}05$ (distance normale). Les incisives étaient projetées en avant, le voile du palais n'avait que $0^{m}02$ de hauteur. La face était trop étroite à sa partie inférieure. Une autre opérée de Delore, âgée de quatre ans et demi au moment de l'intervention, avait, à l'âge de neuf ans, le palais en ogive aiguë et étroite, mais sans atrophie très apparente de la face.

Il est bien permis de voir dans ces arrêts de développement une contre-indication de quelque importance qui s'ajoute aux objections tirées des risques opératoires immédiats ou tardifs, particulièrement chez les enfants au-dessous de quatre ans.

Cependant J. Wolff, dont l'expérience en matière d'uranoplastie est fort étendue, puisqu'en 1894 il avait déjà pratiqué cent soixante opérations de ce genre, reste fidèle à ses idées relativement à l'opportunité des opérations précoces. Il maintient que l'intervention est le meilleur

moyen de combattre la débilité congénitale. Dans une communication au Congrès des chirurgiens allemands de 1894, il invoque les résultats des pesées pour quatre de ses derniers très jeunes opérés. Il est incontestable que chez ces enfants l'augmentation de poids a été considérable pendant les jours ou les semaines qui ont immédiatement suivi l'opération ; mais je relève dans la quatrième observation un détail qui n'est pas sans valeur : l'enfant, âgé de six semaines, pesait 3150 grammes à son entrée à la clinique ; plus tard, avant toute intervention, ce poids s'était élevé à 3380 grammes, ce qui représente vingt-trois grammes en plus par jour. L'opération a lieu, et le petit sujet continue à gagner vingt et un grammes par jour en moyenne. Sans doute il ne demandait qu'à vivre, puisque des soins bien entendus et une alimentation bien réglée lui avaient déjà procuré une augmentation de poids à peu près égale à celle qu'on exige des enfants ne portant aucune difformité. Ne peut-on pas conclure de là que la débilité de ceux qui sont atteints de malformations faciales tient beaucoup à ce que leurs parents ne savent pas ou ne *veulent pas* les nourrir ? On ne doit pas ignorer que la négligence systématique des mères peu soucieuses d'élever un monstre est une des formes connues de l'infanticide lent : quant à celles qui ne pèchent que par ignorance, elles ont besoin d'être guidées. On verra plus loin par quels moyens on assurera le mieux possible l'alimentation de ces petits êtres, incapables de se régler eux-mêmes comme les enfants qui prennent le sein.

La statistique de J. Wolff ne laisse pas d'être instructive. Je copie exactement son tableau en le partageant en deux parties :

Age des malades	Succès	Insuccès partiels	Insuccès	Morts	Totaux
1 et 2 mois...	2	1	3	1	7
3 à 6 — ...	7	3	»	3	13
7 à 12 — ...	6	2	2	1	11
13 à 17 — ...	5	1	»	2	8
18 à 35 — ...	13	»	»	»	13
3 et 4 ans......	15	1	»	1	17
5 et 6 ans......	13	1	1	1	16
Totaux	61	9	6	9	85
7 à 14 ans......	42	4	»	»	46
15 à 52 ans......	28	1	»	»	29
Totaux	70	5	0	0	75
Totaux précédents.	61	9	6	9	85
Totaux	131	14	6	9	160

Deux faits importants ressortent de ces tableaux. A partir de l'âge de six ans, il n'y a plus une mort, et après sept ans les insuccès ne sont plus que partiels et ne sont plus représentés que par un chiffre insignifiant. Les neuf morts du premier tableau constituent par rapport au total de quatre-vingt-cinq cas une proportion de 10,58 0/0, et le chiffre des succès complets correspond à un peu moins des trois quarts

des opérations. Les insuccès totaux ou partiels augmentent de fréquence dans le très jeune âge.

Cette statistique n'a pas paru assez satisfaisante à Küster pour qu'il se rallie au principe des interventions précoces. Elles sont légitimes à partir de cinq ans, mais pas plus tôt. On a vu que telle était mon opinion. Aussi n'ai-je perdu jusqu'ici aucun opéré, et sauf un cas où il s'est produit une désunion très limitée de la muqueuse palatine en avant, sans perte de substance, j'ai toujours obtenu la guérison de mes malades après une ou deux interventions.

La période intermédiaire à la naissance et à la date choisie pour l'opération devra être consacrée à combattre la débilité congénitale et à préparer l'enfant par tous les moyens possibles à l'épreuve qu'il aura à subir plus tard. Tout d'abord on règlera son alimentation. Détermination précise des quantités de lait nécessaires pour chaque âge, répartition méthodique des repas, emploi du lait stérilisé, gavage au moyen de la cuiller-biberon ou de la sonde nasale, protection du visage contre l'air froid ou humide par un voile de mousseline épaisse pendant les sorties, telles sont les précautions propres à diminuer la léthalité pendant les premiers mois de l'existence et à raffermir la constitution de ces petits êtres voués aux complications auxquelles bon nombre d'entre eux succombent, peut-être faute de soins méthodiques.

(*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*)



REVUE DE L'ÉTARNGER

VARIÉTÉS DE CALCULS DENTAIRES

Par M. Henry H. Burchard.

Les dépôts de calculs qu'on trouve sur les dents humaines sont d'ordinaire divisés en deux classes : les calculs salivaires ou ceux qui ont leur origine dans un dépôt de sels de calcium tenus en dissolution par la salive ; les calculs de sérum, dont l'origine est imputable au sérum sanguin. (Les premiers sont aussi appelés calculs phyalogéniques ; les seconds, calculs hématogènes de Peirce.)

Cette classification n'est pas seulement insuffisante pour décrire les diverses formes de calculs qu'on rencontre et leur origine distinctive ; elle n'indique, en outre, que d'une manière vague les conditions dans lesquelles les calculs se forment.

Le but de la présente communication est d'établir qu'il y a cinq variétés distinctes de calculs dentaires, distinctes en ce que chacune est associée à des états pathologiques distinctifs et à des conditions chimiques distinctives.

PLANCHE XIII.

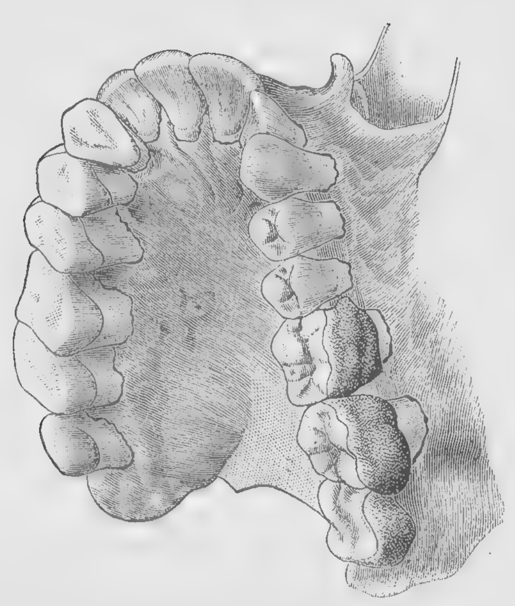


Fig. 1. — Côté droit, abrasion résultant de l'usure ; côté gauche, dépôts dus à la stagnation.

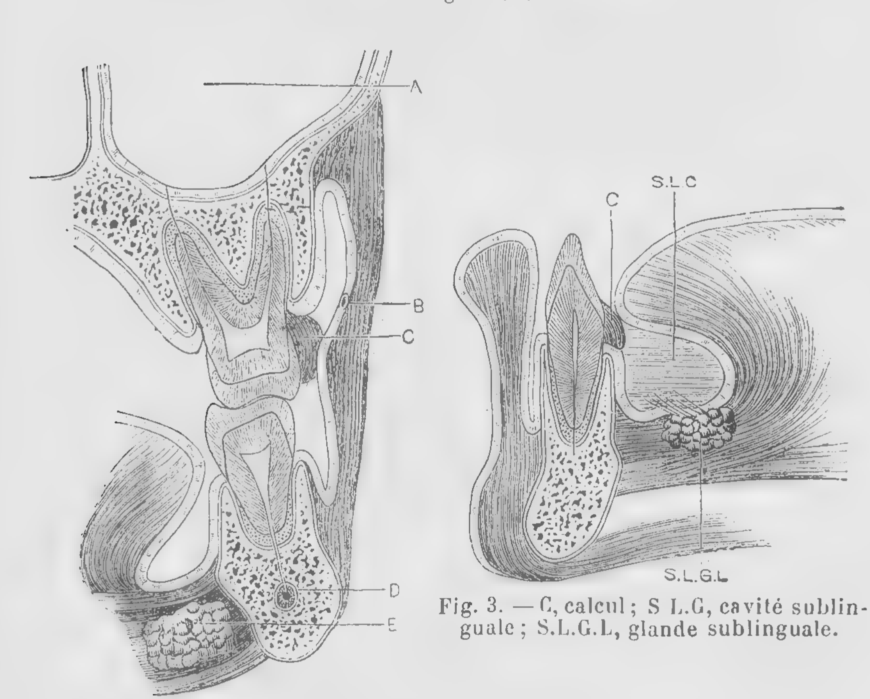


Fig. 2. — A, sinus maxillaire ; B, canal de Sténon ; C, calcul parotidique ; E, glande sous-maxillaire.

Fig. 3. — C, calcul ; S L.G, cavité sublinguale ; S.L.G.L, glande sublinguale.

(Tiré du *Dental Cosmos.*)

PLANCHE XIV.

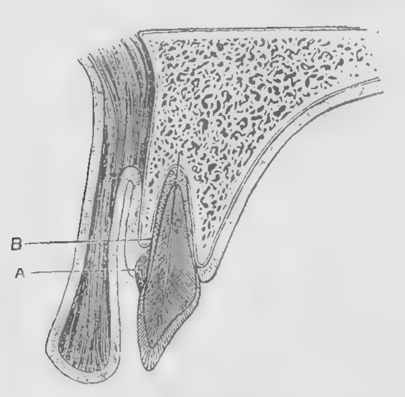


Fig. 4. — A, calcul sublinguale ; B, péricément en retrait.

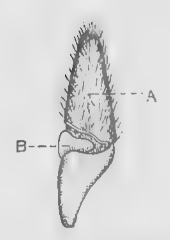


Fig. 4-A. — A, péricément épaissi ; B, calcul sous-gingival.

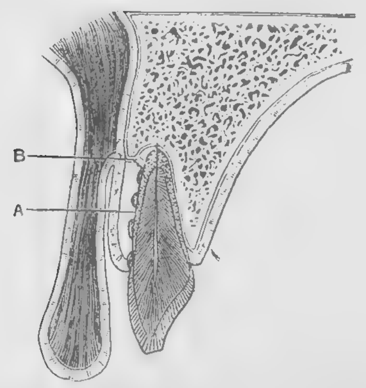


Fig. 5. — A, calculs de pyogénie ; B, péricément ulcéreux.

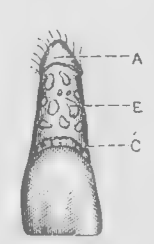


Fig. 5 A. — A, péricément épaissi ; C, calcul sous-gingival ; E, Calcul de pyogénie.

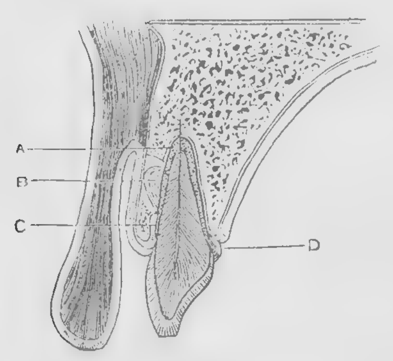


Fig. 6. — A et C, péricément vital ; B, calculs goutteux ; D, A, calcul sous-gingival.

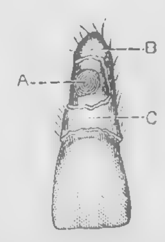


Fig. 6-A. — A, calcul dans la zone nécrosée ; B et C, péricément vital.

(Tiré du *Dental Cosmos.*)

Trois de ces classes sont d'origine salivaire — deux tout au moins; la troisième est au moins d'origine partiellement salivaire, tandis que les deux autres sont sérumales ou hématogènes.

La première comprend les dépôts blanc-jaune qu'on trouve sur les faces buccales des molaires supérieures. La 2e comprend les calculs trouvés d'abord sur les dents antérieures, en face des conduits des glandes sous-maxillaire et sublinguale. La 3e, ces calculs foncés, plats, durs, analogues à de l'écaille, qui se rencontrent immédiatement au-dessous du bord gingival. Cette variété est parfois associée avec les 1re et 2e classes. La 4e, les petits calculs nodulaires qu'on trouve profondément dans les sacs de la pyorrhée sur les apex des racines, en cas d'abcès apical de longue durée. La 5e, ces dépôts qui se voient sur les côtés des racines en cas de nécrose du péricément et qui offrent à un certain degré une réaction à l'essai par le murexide.

Il peut exister en même temps deux de ces variétés au plus sur la racine.

Les conditions de précipitation chimique sont probablement les mêmes pour toutes les concrétions purement salivaires, du phosphate et du carbonate de calcium étant maintenus en dissolution dans la salive contenue dans les acini et les conduits des glandes salivaires par le dioxyde de carbone ; quand la salive est exposée à l'air, ce dioxyde est dégagé et les sels de chaux sont précipités. Les calculs formés dans d'autres conditions et qui n'ont pas une origine salivaire ont sans doute d'autres éléments chimiques ambiants qui en déterminent la précipitation.

Les calculs de la 1re classe sont blanc-jaunâtre, relativement mous et friables, se dissolvent rapidement dans l'acide hydrochlorique dilué avec dégagement de dioxyde de carbone et ne laissent que peu de résidu et point de preuves évidentes d'un stroma organique. La sécrétion parotidique à laquelle ils doivent leur origine renferme une plus grande proportion de carbonate de calcium que de phosphate et de la globuline, au lieu de mucine.

Ces calculs se forment dans les conditions suivantes : si, par suite de maladies dentaires ou de la perte des dents postérieures, inférieures, les molaires supérieures cessent de servir, non seulement les agents normaux de nettoyage font défaut, mais il se produit une stagnation dans la sécrétion parotidique qui repose dans la poche formée entre la joue, la paroi alvéolaire et les dents (fig. 2). Dans cette poche les sels de chaux sont précipités, en combinaison avec la sécrétion mucoïde diluée de glandes buccales. Cette situation est bien représentée dans la fig. 1, où les dents postérieures d'un côté ont cessé de servir et où les dents du côté opposé ont servi d'une manière excessive.

Les calculs de la 2e classe (fig. 3) sont composés en grande partie de phosphate de calcium combiné avec de la mucine. Ils peuvent contenir aussi des cellules épithéliales mortes, des leptothrix et des matières étrangères. Une matière étrangère qui s'est logée agit souvent comme noyau d'un dépôt; une surface rugueuse ou irrégulière détermine également le noyau d'un dépôt.

Tandis que ces dépôts se forment dans les bouches des gens qui ne présentent en apparence aucun état morbide, leur étendue et leur marche rapide semblent en proportion de la santé des tissus buccaux mous. Ils sont marqués et abondants chez les sujets qui ont une affection sous-catarrhale de la membrane muqueuse buccale où la sécrétion muqueuse augmentée des glandes buccales se continue avec une sécrétion excessivement gluante, principalement de la glande sublinguale. Leur production a une relation quantitative directe avec l'étendue de la sécrétion ou de l'excrétion muqueuse.

Ce fait et la production de variétés de calculs qui en résulte sont fréquents dans la bouche des animaux domestiques et de ceux en captivité, chez lesquels l'alimentation amène la faiblesse des tissus buccaux et des fermentations excessives. L'état sous-catarrhal est commun dans la bouche des patients qui portent des dentiers artificiels, et il se produit des dépôts excessifs de calculs salivaires parfois sur la face linguale des pièces inférieures, et sur la face alvéolaire aussi si l'adaptation de la pièce n'est pas soignée.

La 4e variété de calculs (fig. 4), qui produit la pyorrhée alvéolaire la plus commune et la plus curable, est intimenent liée dans sa formation à une gingivite préexistante. Après leur formation, ces calculs constituent des irritants permanents, qui continuent la gingivite et occasionnent des changements dégénératifs dans le péricément.

L'existence d'une gingivite amène une enflure du bord gingival et un renversement consécutif et la formation d'un poche en V entre la gencive et la dent. La salive arrive librement à ce sac. Par suite de l'inflammation catarrhale, des cellules épithéliales mortes et une sécrétion altérée suintent dans l'espace, en se combinant avec la salive qui tient les sels de calcium en dissolution. Ces trois facteurs suffisent par eux-mêmes à produire la précipitation des sels de chaux et à tormer un calcul muqueux. Certainement d'autres substances que la mucine jouent dans ce cas un rôle inconnu, mais essentiel, quant aux caractères physiologiques et chimiques des calculs. Les produits de fermentation sont présents, de sorte qu'il faut tenir compte de la réaction de l'acide lactique avec la mucine, ce qui contribue sans doute à la dureté des calculs. Une autre réaction intéressante résulte probablement de la présence de cet acide et du phosphate de calcium, qui produit un lacto-phosphate de calcium.

Ne pas oublier que le phosphate de calcium est décomposé par l'acide lactique fort, en formant du lactate de calcium, substance soluble.

On ignore le rôle joué par les bactéries chromogènes, ainsi que l'origine et la nature de la substance colorante de ces calculs foncés. Elle est fréquente dans les calculs résultant d'un catarrhe local ou d'autres maladies, rare dans ceux des deux premières classes.

Toutefois quand une gingivite a été produite par la présence de ces calculs, le calcul dur, épais, se forme fréquemment au-dessous des bords du premier à son point de contact avec la gencive.

La présence de ces dépôts amène des changemenis dégénératifs progressifs et une destruction de l'appareil rétenteur des dents, c'est-à-dire du péricément, ainsi que des procès alvéolaires. Il y a un retrait du premier, marchant de pair avec l'atrophie de la paroi alvéolaire (fig. 4). Les parois du sac entre les tissus mous et la dent s'infectent de bonne heure à cause des organismes pyogéniques ; il y a production purulente, hâtant la destruction du péricément. Si la dent est extraite à une date relativement prématurée, on voit un calcul foncé occuper la portion cervicale dans la racine ; au delà on constate une aire dénudée, dépourvue de dépôts, et vers l'apex les lambeaux du péricément épaissi (fig. 4 A). Il y a toujours un espace entre ce dernier et le calcul, montrant qu'une séparation ou une perte du péricément précède le calcul. Si la dent est extraite ou examinée après que la pyorrhée alvéolaire a persisté longtemps, on trouve souvent les aires dénudées dépassant le calcul primaire incrustées de nombreux dépôts petits, durs, foncés, nodulaires, qui ont l'aspect de petites îles dans la surface nécrosée. C'est la 4e variété de calculs ; je dis *variété*, parce que leur existence est si bien liée à une suppuration longtemps continuée qu'elle semble la conséquence de cet état. En examinant une racine, on verra ordinairement que le calcul primitif est limité à la portion cervicale de la dent, à moins qu'avec le processus morbide il ne se soit produit un retrait du bord gingival, auquel cas des portions de la racine descendent successivement au-dessous du bord gingival et les sacs suppurants sont peu profonds. Les conditions sont alors constamment celles de la formation du calcul sublingual.

La distinction est encore plus marquée dans les cas de la 2e classe, désignée par Black sous le nom de péricémentite phagédénique (fig. 5). Dans ces cas il peut y avoir nécrose progressive du péricément et disparition des parois alvéolaires sans calcul sublingual ou sans calculs perceptibles sur les racines, l'affection commençant sans gingivite initiale. Un instrument passé dans le sac formé à la suite de la mort du péricément et de l'atrophie alvéolaire peut ne

pas révéler de rugosité, sauf celle du bord alvéolaire dénudé, signe diagnostique constant de cet état. Il faut donc en conclure que les calculs ne jouent pas un rôle nécessaire, soit dans l'origine, soit dans la continuation de la maladie, et que les dépôts doivent être considérés comme un épiphénomène et non comme la cause de la mort du péricément. L'infection par des organismes pyogènes est la règle générale, sinon invariable, de sorte qu'il se produit des processus morbides secondaires. Si le cas dure longtemps, la suppuration est l'accompagnement inévitable de la maladie. En examinant la racine d'une dent ainsi atteinte — car la maladie peut se limiter à une dent ou même à une racine, autre signe distinctif d'avec la 1re variété — la surface lisse de la portion dénudée est remplacée par une rugosité aisément découverte par l'instrument. Si la dent est extraite alors, la racine est incrustée de petits dépôts foncés, nodulaires, qui peuvent être assez adhérents pour ne s'enlever qu'avec la lime (fig. 5 A). Ces calculs se dissolvent difficilement dans les acides dilués. Les dépôts se forment dans la portion dénudée ; ils ne sont pas rapprochés des restes du péricément et sont peut-être identiques aux incrustations couvrant parfois les apex des racines en cas d'abcès chronique de longue durée.

On les trouve aussi sur les racines des dents dont le péricément a souffert de nécrose goutteuse, après que l'infection de la zone malade s'est produite et que la suppuration du collet a continué quelque temps.

La formation des calculs dans ces conditions est sans aucun doute une expression du processus remarqué sur d'autres parties du corps, où le tissu nécrosé semble exercer une affinité de choix à l'égard des sels de chaux du sang.

La différence entre ces deux variétés de dépôts radiculaires semble absolument nécessaire : les dépôts sous-gingivaux sont dus à des sels de chaux provenant de la salive en cas d'inflammation cararrhale locale ; les dépôts radiculaires nodulaires sont une infiltration de tissu conjonctif mort avec les sels de chaux provenant du sang ou du pus.

La 5e classe est celle des calculs goutteux. Ces dépôts peuvent être combinés avec des calculs sous-gingivaux et ceux d'origine pyogénique, de sorte qu'il est résulté une grande confusion du manque de distinction.

Ils présentent les caractères suivants : une dent offre les symptômes d'une péricémentite apicale aiguë ; un bistouri passé dans l'apex de l'enflure au-dessus de la racine peut donner lieu à un écoulement glaireux, analogue à du mucus et parfois purulent. En examinant davantage on peut constater la perte de la paroi alvéolaire sous-jacente ; en exposant la racine, qui est partiellement dépourvue

du péricément dans cette zone de dénudation, on découvre la présence d'un calcul. La pulpe répond aux essais faits pour s'assurer de sa vitalité et le revêtement péricémentaire semble intact (fig. 6). Un essai chimique du calcul par l'acide murexique témoigne qu'il contient des urates. Ces dépôts sont de forme irrégulière et plus friables que les dépôts sous-gingivaux ou autres. Le noyau est un phosphate de chaux, et les autres parties sont une combinaison des urates.

Si l'inflammation trouve un débouché pour ses produits au collet et s'il y a collection purulente continue, la paroi de la fistule représentée par la racine peut s'incruster de petits dépôts, durs et nodulaires. Les goutteux sont prédisposés à la formation de calculs gingivaux et de péricémentite phagédénique, de sorte que s'ils perdent fréquemment leurs dents par la pyorrhée consécutive aux dépôts et concomitante à cette péricémentite, l'une de ces maladies ou toutes les deux peuvent se terminer sans la formation de calculs goutteux. Cependant on trouve d'ordinaire dans les dépôts profonds dans ces cas une faible réponse à l'essai par l'acide murexique. Dès que la pyorrhée existe, la péricémentite goutteuse ne peut se distinguer cliniquement de la péricémentite phagédénique. Dans celle-ci les dépôts se sont produits secondairement à une nécrose primaire. Dans les cas de goutte, les dépôts uratiques originaires se produisent avant la disparition d'une zone de péricément et provoquent de l'inflammation et de la nécrose.

Ces distinctions sont nécessaires non seulement pour des raisons pathologiques, mais à cause de l'influence qu'elles ont sur la thérapeutique des divers états. Le traitement d'un état morbide ne peut être entièrement rationnel que si les causes qui provoquent la maladie sont reconnues, ainsi que la nature des changements anatomiques survenus.

En admettant que ces cinq variétés de calculs doivent leur origine à des sources différentes et soient l'accompagnement de conditions morbides définies, il est clair que la thérapeutique doit varier pour chacune d'elles. Des mesures tendant à faire disparaître l'une d'elles et à modifier la raison de sa formation peuvent être entièrement insuffisantes pour en faire disparaître ou en guérir une autre, avec ses conséquences. (*Dental Cosmos.*)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires, sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

E. MERCK. — *Annales de 1897. Darmstadt.*

Tous les ans, au mois de février, sous ce titre modeste, M. Merck, le très distingué chimiste allemand, publie un remarquable travail sur tous les produits chimiques et pharmaceutiques nouveaux employés en chirurgie et médecine.

Cette publication intéressante se recommande d'elle-même à tous ceux qui veulent se tenir au courant des progrès réalisés en pharmacologie et en matière médicale.

G. V.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr BOURNEVILLE avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, Budin, P. Cornet, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet-Edwards.

La sixième édition de ce manuel, qui s'adresse à toutes les mères de famille, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux.* — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 : 7 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

Nous apprenons la fondation de trois journaux dentaires, l'un en Espagne, le second en Autriche et le troisième en Allemagne.

Ces publications, dont nous venons de recevoir des numéros spécimens, ont respectivement pour titre *La Moderna Estomatologia*, *Vierteljahrs-Bericht über Zahnheilkunde*, *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, et sont éditées à Madrid, Vienne et Wiesbaden.

Le journal espagnol, placé sous la direction de M. Jose Portuondo, est mensuel et compte 29 pages. Le journal autrichien, publié tous les trois mois par la maison Ash et fils, ne compte pas moins de 128 pages, plus un catalogue de 113 autres. Enfin le journal allemand comprend 8 pages de texte ; il est publié par l'Association des médecins-dentistes allemands, chaque semaine, et remplace la *Zahnärztliche Vereinsblatt* qui ne paraissait que deux fois par mois.

Nous apprenons également la fondation du *Bulletin* du *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*, dirigé par M. P. Stévenin, vice-président du Syndicat, et paraissant tous les deux mois.

Nous souhaitons bonne chance à nos nouveaux confrères.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

Bibliographie étrangère.

Ambler (H. L.) Bactericidal action of electricity. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 562-569. Tin as a tooth filler, Dental Brief, Phila., 1897, ii 264-266. — **Andrews** (R. R.) Dr. G. V. Black's conclusions reviewied. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 785-788. — **Arrington** (B. F.) Pyorrhea alveolaris or Rigg's disease. Items Interest. N. Y., 1897, xix, 897-902. — **Baker** (A. W. W., The microscope and its relation to dental surgery. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 690-693. — **Barnes** (H.) Dr. L. P. Bethel's method as applied to the treatment of root canals with alveolar abscess. Items Interest) N. Y., 1897, xix, 915. — **Barrett** (W. C.). Anatomy, pathology and surgery, Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 992-998. — **Bartha** (G.) Carcinoma buccæ i sin.; kürtas; plastika. [.... extirpation ; plastic.] Orvosi hetil., Budapest, 1897, xli, 553-555. — **Beckmann**. Rachenmandel und Ohr. Arch. f. Ohrenh., Leipz., 1897, xliii 179-181. — **Bennett** (F. J.) Concerning the expansion and the closure of the dentinal tubes. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 694-697. — **Bezold**. Sechs weitere Fälle von Labyrinthnekrose und Facialisparalyse. Arch. f. Ohrenh. Leipz., 1897, xliii, 184-186. — **Black** (G. V.) Answer to a criticism on my methods. Dental Digest, Chicago, 1897, iii, 589. — **Bloch** (E.) Die Krankheiten der Gaumenmandeln. Handb. d. Laryngol. u. Rhinol., Wien, 1896-7, ii, 548-576. — **Bogue** (E. A.) Dr. G. V. Black's conclusions reviewed. Internat. Dent., J., Phila., 1897, xviii, 812-814. — **Brophy** (T. W.) A case of antral disease involving the frontal sinus. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 998-1000. Report of a case verifying the statement first made by Dr. M. H. Cryer, showing direct communication of the frontal sinus with the antrum of Highmore. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 573. — **Bruck**. Angeborene Defecte des harten und weichen Gaumens. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 488. — **Buck** (A. H.) Non-operative treatment of chronic suppurative disease of the tympanum. Brit. M. J., Lond., 1896, ii, 1563. — **Busch**. Ueber Verschmelzung und Verwachsung der Zähne des Milchgebisses und des bleibenden Gebisses. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 469-486. — **Buxton** (D. W.) The employment of chloroform for dental operations. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 961-971. An oration on empiricism or science. Anæsthetics, 1847-1897. Lancet, Lond., 1897, ii, 1369-1376. — **Carstairs** (J. L.) Respiratory obstruction due to elongated uvula in chloroform administration. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1499. — **Case** (C. S.) Principles of force and anchorage in the movement of teeth. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1011-1024. *Also:* Ohio Dent. J. Toledo, 1897, xvii, 570-582. — **Chamberlain** (W. A.) Eruption of the deciduous teeth. Dental J., Ann Arbor, 1898, vii, 7-10. — **Cobb** (F. C.) Acute inflammation of the antrum of Highmore. Boston M. & S. J., 1897, cxxxvii, 594-496. [Discussion], 603. — **Constant** (T. E.) Salivary calculus in the parotid duct causing symptoms simulating alveolar abscess. J. Brit. Dent. Ass. Lond., 1897, xviii, 701. — **Coulliaux** (L.) Anatomie, Physiologie, Pathologie der Zahnpulpa (des Menschen). Cor.-Bl. f. Zahnärzte Berl., 1897, xxvi, 306-323. — **Crutchfield** (E. L.) Some peculiar effects of chloroform, with prefatory remarks. Gaillard's M. J., N. Y., 1897, lvii, 344-348. — **Davenport** (W. S.) Regulating without extraction versus extraction for regulating; some typical comparative results. Internat. Dent., J., Phila., 1897, xviii, 777-781. — **Delavan** (D. B.) Tertiary ulceration simulating sarcoma of the tonsil. N. York M. J., 1897, lxvi, 769-771. — **Delbastaille**. Anthrax de la lèvre supérieure suivi de mort rapide. Ann. Soc.

méd.-chir. de Liége, 1897, xxxvi, 487-492. — **Dolamore** (W. H.) Immediate torsion of teeth, with notes of cases. Dental Rec., Lond., 1897, xvii, 489-406. — **Farlow** (J. W.) A case of subglottic fibroma; removal by tracheotomy and cureting. N. York M. J., 1897, lxvi, 794-796. — **Fillebrown** (T.) Continued study of the relations of the frontal sinus to the antrum. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1004. — **Finley** (M. F.) Opening the bite with cap-fillings, withouth destroying the vitality of the pulps of the teeth. *Ibid*: 989-992. *Also*: Dental Digest, Chicago, 1897, iii, 685-689. — **Foster** (H.) Report of a case of uvulitis. Ann. Otol., Rhinol. & Laryngol., St. Louis, 1897, vi, 417. — **Frohlich**. Oberkieferresection. Berl. klein. Wchnschr., 1897, xxxiv, 1062. — **Gebert** (A.) Bei der Geburt durchgebrochene Zähne. Arch. f. Kinderh., Stuttg., 1897, xxiv, 88-94. — **Goddard** (C. L.) The canine teeth in comparative anatomy. Pacific Stomatol. Gaz., San Franc., 1897, v. 510-515. — **Gottstein** (J.)**und R. Kayser**. Die Krankheiten der Rachentonsille. Handb. d. Laryngol. u. Rhinol., Wien, 1896-7, ii, 496-547. — **Gouley** (J. W. S.) Osteosarcoma of jaw; no recurrence in the mouths after excision, N. York M. J. 1897, lxvi, 811. — **Griffith** (W. F.) The claim of ancient dentistry. Items Interest. N. Y., 1897, xix 908-912. — **Guptill** (A. E.) Faculties *versus* examiners. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1024-1026. — **Halasz** (H.) A sinus maxillaris savos megbetegedèse [Serous disease of the sinus maxillaris.] Gyogyasat, Budapest, 1897, xxvii, 704-706. — **Hall** (J. S.) [A case of death under chloroform.] Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1591 — **Halstead** (A. E.) Removal of the Gasserian ganglion for the relief of trifacial neuralgia, with report of a case. Chicago M. Recorder, 1897, xiii, 389-406. [Discussion], 455-462. — **Harding** (W. E.) Inaugural address. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 1057-1062. — **Hartt** (C. F.) Der relative Werth verschiedener Zahnfüllungs-materialien. J. f. Zahnheilk., Berl., 1897, xii, No, 41. — **Herdman** (W. J.) Electricity in dentistry. Dental J., Ann Arbor, 1898, vii, 1-6. — **Heymann** (P.) Verengerungen und Verwachsungen des Rachens und des Nasenrachenraumes. Handb. d. Laryngol. u. Rhinol., Wien., 1896-7, ii, 481-486. — **Hiatt** (N. W.) Improved porcelain crowns. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 926-928. — **Hill** (J.) **and H. L. Barnard**. Chloroform and the heart. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1496-1498. — **Hirsch** (W.) Notes on a case of traumatic injury of the pneumogastric, hypoglossal, and sympathetic nerves, N. York M. J., 1897, lxvi, 789-794. — **Hoff** (N. S.) Dental analgesics. Dental Rev., Chicago, 1899, xi, 893-908. — **Hopkins** (F. E.) Adenoids and hypertrophied tonsils in children. N. York M. J., 1897, lxvi, 832-837. — **Horne** (W. J.) **and M. Yearsley**. Eucaine as a local anæsthetic in surgery of the throat, nose, and ear. Brit. M. J. Lond., 1897, ii, 1560-1562. — **Jamison** (T. M.) A simple treatment for alveolar abscess, with fistulous opening. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 913. — **Johnson** (H. H.) Death from hemorrhage after tooth extraction, Am. Dent. Weekly, Atlanta, 1897, i, 163. — **Jonas**. Die erwobenen Defecte des Gaumens und der Kiefer. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 401. — **Kaufmann** (D.) A case of homolateral, acute affection of the auditory, facial, and trigeminal nerves. Arch. Otol., N. Y., 1897, xxvi, 392-396. — **Kayser** (R.) Die Krankheiten des lymphatischen Rachenringes. Handb. de Laryngol. u. Rhinol., Wien, 1896-7, ii, 489-495. — **Kemp** (G. T.) Nitrous oxide anæsthesia. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1480-1483. — **Kennerly** (J. H.) Dental prosthesis. Dental. Digest. Chicago, 1897, iii, 690-692. — **Korner** (O.) On tympanic neuralgia in connection with abscess of the tongue; report of a case Arch. Otol., N. Y., 1897, xxvi, 410. — **Kopka** (P.) Ueber die Bedeutung behinderter Nasenatmung und die Nachteile eines offenen Mundes. Bl. f. Taubst.-Bild., Berl., 1897, x, 333; 342. — **Kraus** (F.) Die Erkrankungen der Mundhöhle. Spec. Path. u. Therap., ... Nothnagel, Wien, 1897, xvi, pt. 1, i. 259.

— **Larned** (E. R.) Excision of the tonsils for hypertrophy with recurring tonsillitis. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxix, 1272. — **Lawshe** (A. E.) The prosthesis of entire dentures with counter-sunk-pin teeth of the vulcanite base. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1008-1011. — **Lepkowski** (W.) Ueber die Gefässverteilung in den Zähnen von Saugetieren. Anat. Hefte, Wiesb., 1897, viii, 559-588. 7 pl. — **van Leyden** (F.) Ein geheilter Fall von Sarcom des Nasen-rachenraumes. Monatschr. f. Ohrenh., Berl., 1897, xxxi, 456. — **Luckett** (W. H.) A ten years' record of anesthesia at Mt. Sinai Hospital, New York. Med. News, N. Y., 1897, lxxi, 770. — **McBurney** (C.) A case of carcinoma of the tonsil. Med. Rec., N. Y., 1897, lii, 893. — **Maduro** (N. L.) A new method of general anesthesia. Med. News, N. Y., 1897, lxxi, 683. — **Maxfield** (G. A.) Dr. G. V. Blacks' conclusions reviewied. Internat Dent. J., Phila., 1897, xviii, 807-811.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

Congrès dentaire national. Lyon, 1898.

Le Bureau central, à l'occasion de la présence de M. le Dr Martin à Paris, s'est réuni le vendredi 8 avril, chez M. le Dr Lecaudey.

Le programme suivant a été adopté :

Mercredi soir à 9 h. 1/2 (3 août). — Réception des Congressistes par le Bureau local, nomination du bureau non régional. Punch.

Jeudi matin à 9 h. 1/2 (4 août). — Ouverture officielle du Congrès.

Jeudi soir à 2 heures. — Discussion des rapports de MM. Sauvez et Tellier. Communications. Nomination de la Commission des vœux.

Vendredi à 9 heures. — Démonstrations pratiques.

Vendredi à 2 heures. — Communications (suite).

Samedi à 9 heures. — Démonstrations pratiques.

Samedi à 2 heures. — Examen des vœux. Résolutions. Election du nouveau Bureau central. Elections diverses.

Samedi soir. — Banquet.

Dimanche. — Excursion.

Déjà quantité de confrères ont communiqué les titres des travaux qu'ils présenteront au Congrès : en tête M. le Dr Martin. Nous prions nos confrères qui voudraient faire des communications de vouloir bien en envoyer une copie avant le 1er juillet. Toutes les communications devront former une brochure qui sera envoyée huit jours avant le Congrès à chaque membre.

(Extrait du procès-verbal.)

Le Secrétaire général,
Siffre.

Nous recevons la circulaire suivante, que nous sommes heureux de communiquer à nos lecteurs. Elle témoigne que les sentiments de bonne confraternité n'ont pas cessé d'exister entre les dentistes de province et ceux de Paris, qui ne peuvent qu'applaudir aux efforts de leurs confrères provinciaux, dont ils souhaitent ardemment le succès.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES

DU SUD-EST DE LA FRANCE

Secrétaire Général
A. CHAPOT
DENTISTE
55, Rue Gioffredo
NICE

Nice, Avril 1898.

Monsieur et honoré confrère,

Ainsi que vous avez pu le lire dans les journaux dentaires et que le Président de votre Société a dû vous en faire part, nous vous rappelons que l'Association des dentistes du Sud-Est de la France, dans sa dernière réunion annuelle, qui a eu lieu à Toulon, en juin dernier, a décidé d'organiser une **Réunion-Congrès à Marseille**, pour fin mai 1898, où seraient invités tous les dentistes de France, faisant partie d'une Association ou d'un Syndicat professionnel.

Pour nous conformer à cette décision, nous vous prions, monsieur et honoré confrère, de vouloir bien nous faire l'honneur d'assister à cette réunion.

Ci-joint, vous trouverez les renseignements la concernant.

L'Association du Sud-Est, en prenant l'initiative d'une réunion où tous les dentistes faisant partie d'une Association ou Syndicat seraient conviés, n'a pas voulu créer une concurrence à la section du Congrès dentaire national. Son désir est de prouver la vitalité de la province, tout en respectant les dentistes de la grande ville et en leur rendant hommage, et l'Association du Sud-Est est persuadée que Paris, aussi bien que la province, répondront à son appel, car elle estime qu'en fraternisant entre confrères on apprend à mieux se connaître, sans que la réunion ait le caractère officiel d'un Congrès.

Comme vous verrez par la lecture du règlement, paragraphe III, les frais du banquet seront couverts par la caisse de l'Association. Si, comme nous l'espérons, vous voulez bien accepter notre invitation, nous vous prions de remplir le bulletin d'adhésion ci-inclus et le renvoyer à M. Chapot, secrétaire général, à Nice, avant le **20 Mai** prochain, afin que nous soyons fixés sur le nombre des convives au banquet.

Dans l'espoir d'avoir l'honneur de vous compter au nombre de nos

adhérents à la réunion, nous vous prions d'agréer, monsieur et honoré Confrère, nos plus cordiales salutations.

Pour le Conseil d'Administration :

Le Secrétaire Général,
A. CHAPOT.

PROGRAMME.

Samedi 28 *mai à* 9 *heures du soir.* — Punch d'honneur aux membres étrangers (chez Bodoul, rue Saint-Ferréol).

Dimanche 29 *mai à* 9 *h.* 1/2. — Réception des délégués des Sociétés correspondantes.

Dimanche 29 *mai,* 9 *h.* 1/2 *à midi.* — Séance.

— 2 *heures à* 6 *h.* — Séance.

— 7 *h.* 1/2. — Banquet de l'Association offert à tous les membres assistant à la réunion (Salons Linder).

Lundi 30 *mai,* 9 *heures à* 11 *h.* 1/2. — Séance.

— *Midi.* — Clôture.

— *Midi* 1/2. — Déjeuner offert par les dentistes sociétaires de Marseille aux membres de la Réunion (à la Réserve, chez Roubion).

Lundi 30 *mai après le déjeuner.* — Promenade en ville et excursions en mer.

Pour tous renseignements, communications et adhésions, écrire à M. Chapot, dentiste, secrétaire général, 55, rue Gioffredo, Nice.

M. E. Schwartz père, chirurgien-dentiste à Nîmes, président de la Société des dentistes du Sud-Est, serait reconnaissant à ses confrères s'ils lui adressaient au plus tôt la méthode et la liste des abréviations dont ils font usage dans leur comptabilité pour relever les opérations de toute nature.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de Mme Thomas, veuve du regretté Dr Louis Thomas, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Mme Thomas, qu'une douloureuse maladie retenait au lit depuis trois mois, est décédée le 9 avril, à Paris, à l'âge de 61 ans.

Ses obsèques ont eu lieu le 12 avril. M. le Dr M. Roy, au nom du corps enseignant de l'Ecole, et M. le capitaine Gœury, surveillant général, représentant l'administration, ont déposé une couronne sur sa tombe.

Nous adressons à sa fille et à sa famille l'expression de nos sentiments de sincère condoléance.





EVANS JUGÉ PAR SES COMPATRIOTES.

Nous empruntons au *Dental Cosmos* de janvier l'article suivant, relatif à Thomas Evans, récemment décédé à Paris :

Evans naquit à Philadelphie, le 23 décembre 1823, d'une famille humble, et était le plus jeune de trois frères. L'aîné, Rodolphe, s'établit à Washington dans le commerce en gros de la droguerie, où il réalisa une belle fortune. Il vit encore et est âgé de 80 ans. Le second, Théodore, dentiste, mourut à Paris en 1890, après avoir amassé une fortune considérable dans son pays et en Europe. Thomas Evans, le plus jeune, fréquenta l'école communale et entra, à 14 ans, chez un orfèvre de Philadelphie, Joseph Warner, qui fabriquait également certains instruments de chirurgie et à l'occasion des plaques, de la soudure et divers accessoires pour dentistes. Son apprentissage le mit en rapports avec des dentistes et leurs procédés, et c'est sans aucun doute ce qui l'engagea à embrasser plus tard la profession de dentiste. En 1841 il entra comme étudiant en dentisterie chez M. John de Haven White, de Philadelphie, chez lequel il resta deux ans. Pendant ce temps, il suivait des cours au collège de médecine Jefferson où il prit ses grades.

Il exerça un certain temps dans le Maryland, puis à Lancastre (Pensylvanie), où il demeura jusqu'en 1847. C'est là qu'il exécuta une série d'obturations de contour qu'il exposa à l'Exposition annuelle organisée sous les aupices de l'Institut Franklin, à l'automne de 1847, et pour lesquelles il obtint une médaille d'or en récompense de la nouveauté et du mérite de son travail. L'attention de M. Starr Brewster, dentiste américain établi à Paris, fut attirée par ce travail, et son impression fut si avantageuse qu'il s'associa avec lui.

On diffère d'opinion quant à la façon dont cette association se conclut. Les uns prétendent que M. Brewster vit le travail à une exposition à Lancastre, d'autres que ce fut à l'exposition de l'Institut Franklin de 1847.

Quoi qu'il en soit, cette association dura jusqu'en 1850, époque à laquelle Evans ouvrit un cabinet pour son propre compte, rue de la Paix.

On prétend généralement qu'Evans fut le premier dentiste américain en Europe ; c'est une erreur. M. Brewster l'avait précédé depuis des années et réussissait admirablement à l'arrivée d'Evans. M. E. Maynard, de Washington, avait également précédé Evans, mais ne demeura pas constamment en Europe, quoiqu'il ait contribué à y répandre les méthodes américaines. Mais si Evans ne fut pas le premier en date, il est certain qu'il y apporta un ensemble de qualités caractéristiques et d'habileté technique spéciale qui n'en font pas seule-

ment une personnalité remarquable, mais qui donnèrent à la dentisterie un élan, et à ses représentants un rang, inconnus jusqu'alors.

Evans, comme opérateur, peut avoir eu beaucoup d'égaux, et dernièrement beaucoup de confrères qui l'ont surpassé. Ils sont nombreux ceux qui n'apprécient que médiocrement son habileté d'opérateur et qui attribuent sa réussite merveilleuse à des talents qui n'ont rien de commun avec son habileté d'opérateur. Il y a cependant des preuves tendant à montrer qu'il était un opérateur d'une habileté plus que commune. Les obturations qu'il fit pendant son séjour à Lancastre sont citées comme se trouvant en parfait état vingt ans après, et le fait que son exposition attira l'attention d'un praticien aussi réputé que Brewster et fit impression sur lui, doit tendre à donner une haute idée de son talent.

Comme Evans ne fournissait pas régulièrement d'articles à la presse professionnelle, les traces de son œuvre sont clairsemées ; elles n'en témoignent pas moins une originalité de pensée et une fertilité de ressources à un haut degré. Au commencement de 1849 il publia dans la *Lancet*, le *Dental News Letter* et autres, un article sur son alliage d'amalgame au cadmium, qui témoignait d'une observation soigneuse et de l'étude des propriétés physiques spéciales, notamment de la malléabilité que donnait l'adjonction du cadmium. Le premier, il observa et signala les effets chimiques délétères de cet alliage sur la structure de la dent, due au cadmium. En octobre 1849, il en mentionna les dangers et renonça par la suite à son emploi. Un des premiers, il étudia la possibilité d'employer le caoutchouc vulcanisé comme plaque-base dentaire.

En 1853, il publia une note sur le redressement des dents, où il expose ses méthodes pour corriger un grand nombre d'irrégularités les plus communes. Il mentionnait la force élastique du fil métallique en or comme source de force et se servait de rubans à ancre ressemblant aux appareils les plus modernes.

En tant qu'écrivain il n'était pas exempt de défauts ; ses articles étaient d'un style verbeux et dépourvu de force.

Son bagage professionnel en lui-même ne saurait aucunement être considéré comme la cause de son succès phénoménal. Son habileté opératoire n'a fait que contribuer à rendre Evans un des hommes les plus remarquables en dentisterie. Cette dernière ne lui a servi que de marchepied pour le mettre en rapports avec ceux desquels il a su se faire apprécier et qui ont aidé à sa réussite. Il était né diplomate, doué d'une perspicacité lui permettant de comprendre la nature humaine, d'une délicatesse de touche et d'une fermeté spéciales, d'une probité sévère quant au but et d'un flair intuitif. Bref, il savait profiter des occasions et en quelque mesure les faire naître. Son association avec M. Brewster eut pour résultat de le mettre en relations avec l'aristocratie française. Son ambition avouée était de s'assurer comme clients tous les souverains d'Europe, et on prétend qu'il y réussit. Par l'habileté et l'attrait de sa personne, il sut se les attirer et gagner leur confiance. Ses relations avec Napoléon III sont historiques, et deux de leurs résultats les plus importants, savoir la mission diplomatique qui

lui fut confiée auprès du président Lincoln pendant la guerre de Sécession et qui eut pour résultat la neutralité de la France, et l'assistance qu'il donna à l'impératrice Eugénie lors de sa fuite en Angleterre, sont des faits bien connus.

On a attribué à Evans une fortune considérable, et elle l'est sans doute ; mais on l'a probablement exagérée. Quelqu'un de bien renseigné affirme que « la plus grande partie résulte des spéculations immobilières que lui rendaient possibles ses liens étroits avec l'Empereur ».

Quant à l'emploi qu'il en a fait, l'extrait de son testament que nous donnons plus loin et que nous empruntons à un journal de Philadelphie, renseignera suffisamment nos lecteurs à cet égard. Continuons de laisser la parole au *Dental Cosmos.*

Une grande partie de la vie d'Evans fut consacrée à des œuvres de charité et de philanthropie. Il rendit d'importants services pendant la guerre de Crimée et la guerre de 1870 aux ambulances, en y introduisant des méthodes plus en harmonie avec l'humanité et le traitement médico-chirurgical. Il vint aux Etats-Unis pendant la guerre de Sécession exprès pour organiser la commission du service de santé. Durant la campagne franco-allemande il dirigea en personne les hôpitaux de la Croix-Rouge.

Pendant toute sa vie il n'oublia jamais d'abord qu'il était américain, ensuite qu'il était dentiste. Il fut inébranlable dans son attachement à sa profession ; il fut le champion des idées professionnelles élevées. Dès le début de sa carrière il fit montre des principes qui l'animaient et qui contrastaient d'une façon frappante avec ceux de beaucoup de ses confrères d'alors.

Le résultat a prouvé qu'il avait vécu toute sa vie respectueux de ces principes. Le succès auquel il est parvenu n'est pas seulement dans le domaine matériel, mais s'étendit à l'influence qu'il exerça sur sa profession. Il put voir cette profession reposer sur des bases plus solides, et la valeur de ses conseils à sa génération, appréciée comme il convenait.

Arrivons maintenant aux dispositions testamentaires d'Evans.

Après un certain nombre de legs aux membres de sa famille, à ses amis et à ses employés, variant de 5.000 à 50.000 francs, le testateur s'exprime ainsi :

J'ai jugé utile de fonder un musée dans ma ville natale, où seront déposés tous les cadeaux royaux que j'ai reçus, toutes les décorations qui m'ont été conférées, toute la correspondance que j'ai entretenue avec des souverains et autres personnages éminents, tous les objets d'art, écrits, mémoires, manuscrits, livres, la collection biblique, tous les bijoux m'appartenant au moment de ma mort et dont je n'aurai pas disposé.

Je donne et lègue tout ce qui reste de mes biens, meubles et immeubles, quelles qu'en soient la nature et la situation, avec leurs revenus, sous les réserves mentionnées dans le présent testament, à la Société

du Musée et de l'Institut Thomas W. Evans, société apte à recevoir, à conserver et à transférer la propriété de biens en France et dans l'Etat de Pennsylvanie, qui sera créée conformément aux lois du dit Etat.

J'autorise cette Société à faire usage de la maison située au coin de la rue Spruce et de la quarantième rue à Philadelphie, où je suis né, avec tout le terrain qui l'entoure. La Société fera en outre élever sur ce terrain les constructions nécessaires, qui seront appelées du nom de Musée et Institut dentaire Thomas W. Evans.

Quand la Société en question aura payé toutes les dépenses qui lui incombent, elle emploiera le reliquat disponible de ses ressources à l'instruction d'étudiants en dentisterie méritants de la Pennsylvanie.

Tous les objets ci-dessus mentionnés seront déposés dans ce musée et enregistrés dans un catalogue. Au cas où les dits objets ne seraient pas déposés dans le dit musée, pour une raison ou pour une autre, ils devraient l'être dans le Smithsonian Institute, à Washington.



NOUVELLES

Le lundi 18 avril, M. Evellin, inspecteur d'Académie, est venu faire à l'Ecole Dentaire de Paris la visite habituelle pour clôturer le registre des inscriptions trimestrielles.

Reçu par MM. les professeurs Lemerle et Papot, il s'est plu à constater devant eux la parfaite tenue de ce registre et le soin que prend l'administration pour assurer une rigoureuse observation des règlements. Il a de plus félicité chaleureusement l'Ecole Dentaire du nombre considérable des élèves inscrits.

M. Hans Albrecht, médecin-dentiste à Berlin, est désigné par le ministre de l'Instruction publique de Prusse pour remplacer le professeur Witzel dans la direction de l'Institut dentaire de Marbourg.

TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

Plusieurs correspondants nous demandent d'insérer à nouveau les questions auxquelles il n'a pas été répondu ; nous le faisons volontiers et nous serions heureux que cette nouvelle insertion provoquât des réponses de nos lecteurs.

QUESTIONS.

? Nº 13. — *Quelle est la provenance de l'aluminium dont se sert* M. Telschow? *Quel est le procédé de soudure? Peut-on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire remontant à quelques années déjà?* S.

? Nº 16. — *On demande le nom de l'inventeur de la digue et les bibliographies françaises qui lui sont consacrées?*

? Nº 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes créés par la vulcanisation?*

? Nº 18. — *Qui a dit, à la suite d'un grand nombre de narcoses chloroformiques heureuses:* « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais » *et où trouver les commentaires qui ont accompagné les échecs survenus au même?*

? Nº 19. — *Existe-t-il à Paris, en dehors des maisons de fournitures, un retailleur de fraises déjà employées?*

? Nº 28. — *Où trouve-t-on des formules de bonnes* pâtes dentifrices? *A défaut, prière d'en donner quelques-unes?* *H. V.*

? Nº 31. — *Quelqu'un peut-il donner les résultats obtenus depuis un an par le nouveau* ciment Telschow? *E. D.*

? Nº 32. — *Nos confrères ont-ils obtenu un meilleur résultat que moi avec* l'or Solila? *Depuis un an, huit ou dix obturations faites avec cet or ont complètement disparu ou sont douteuses.* *E. D.*

? Nº 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs et pour les conserver ainsi jusqu'au moment de leur emploi?*
LI-GA-MAN.

? Nº 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? Nº 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller aux congrès de* Marseille *et de* Lyon?

AVIS

Les adresses autographiées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité ; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

DERNIÈRE HEURE

L'*assemblée dentaire* qui devait coïncider avec le Congrès d'hygiène de Madrid a eu lieu avec un grand succès, dont nous félicitons les organisateurs.

La réunion s'est tenue à l'Académie de médecine sous la présidence de M. Portuondo, avec M. Aguilar comme secrétaire. Une centaine de congressistes, parmi lesquels M. Cunningham, de Cambridge, étaient présents.

Des démonstrations pratiques et des communications orales très intéressantes ont été faites par un certain nombre de membres.

Le Congrès s'est terminé par des réceptions officielles et des fêtes, ainsi que cela avait été annoncé.

Par arrêté du Ministre du Commerce, en date du 14 avril 1898, M. Touchard, professeur à l'École dentaire de Paris, est nommé membre du jury d'admission de la classe 16 de l'Exposition de 1900 (médecine et chirurgie; instruments destinés à la pratique de l'art dentaire).

18e ANNÉE. N° 9. 15 MAI 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN.

LA PATENTE[1].

La Chambre des députés, dans sa séance du 11 mars dernier, a traité la question de la patente des médecins. Le rapporteur de la Commission demandait que les médecins fussent imposables à la patente à un taux supérieur à celui qui est actuellement en vigueur.

On sait que les membres des professions dites libérales (architectes, avocats, avoués, chirurgiens, commissaires-priseurs, dentistes, greffiers, huissiers, ingénieurs, médecins, notaires, officiers de santé, référendaires au sceau, vétérinaires, chefs d'institution et maîtres de pension) sont imposés à cet effet au 1/15e de la valeur locative pour les loyers ne dépassant pas 4.000 francs et au 1/12e pour ceux supérieurs à cette somme.

Il ne s'agissait rien moins, d'après l'honorable rapporteur, que de transformer le 1/15e en 1/12e.

Il n'est pas douteux que, si cette proposition avait eu les honneurs d'un vote favorable, nous aurions été

1. Cet article était à la composition quand un article sur le même sujet a paru dans *L'actualité médicale*, sous la signature du Dr Gouraud. E. B.

compris presque aussitôt dans le nombre de ceux auxquels cette surcharge d'imposition était susceptible d'être appliquée, et nous aurions appris du même coup tout le prix de notre présence dans les professions dites libérales.

Imposant les médecins au 1/12e quel que soit le loyer, comme le rapporteur le demandait, l'administration des contributions directes n'aurait pas tardé à trouver que la loi de 1892, qui a fait de nous des médecins de la bouche et a augmenté l'étendue de notre exercice professionnel, nous a assigné la même part contributive que les médecins.

Il n'en a pas été ainsi, grâce à MM. Bertrand et Pedebidou, députés, qui se sont élevés contre les prétentions de la Commission et auxquels nous adressons nos sincères remercîments pour avoir fait repousser cette proposition, dont nous aurions été certainement victimes.

La patente des dentistes, comme celle des médecins, est d'ailleurs injustement taxée, et point n'était besoin d'essayer d'en relever le prix pour qu'elle fût arbitraire au moins pour une partie.

Le 1/15e, qui sert de base pour en fixer le montant, porte sur la totalité du loyer; à cela vient s'ajouter ensuite une jolie somme de centimes additionnels, toujours supérieure à celle de la patente elle-même.

Or, la contribution qui correspond à la patente, portant aussi bien sur les locaux affectés à l'exercice de la profession que sur ceux destinés à l'habitation, la pièce que le percepteur envoie avec l'avertissement des contributions se trouve, lorsque le médecin ou le dentiste habite l'appartement où il exerce, représenter une imposition sur des locaux qui ne sont en aucune façon une source de revenus.

C'est une contribution injustifiable que celle qui frappe également le rapport et les charges d'une profession, et cela est d'autant plus regrettable que ce

sont les praticiens ayant une clientèle moyenne qui sont les plus atteints.

Au surplus, la patente est délivrée pour permettre l'exercice de la profession sans aucun empêchement, *dit la formule imprimée au bas de cette feuille et que doit viser le commissaire-répartiteur. Elle se trouve donc, par la force des choses, limitée aux locaux d'exercice professionnel, et toute imposition supplémentaire doit être considérée comme contraire au but pour lequel elle a été établie.*

Il appartient aux sociétés professionnelles de répondre à la demande d'augmentation formulée par le rapporteur de la Commission à la Chambre des députés, en essayant d'obtenir du législaleur une meilleure répartition qui, loin d'augmenter la patente et les charges déjà si grandes du dentiste et du médecin, diminuera leur taxe de tout ce qu'elle a d'arbitraire.

E. Bonnard.

Travaux Originaux

UN CAS DE TRIPLE RÉIMPLANTATION

Par M. Arthur Zentler.

C'est comme contribution à l'étude d'une question qui a été traitée très fréquemment et avec autorité dans ce journal que je crois intéressant de citer ce simple cas d'une triple réimplantation.

Il s'agit d'un enfant de quatorze ans, de bonne constitution, qui se présenta à notre consultation, le 21 octobre 1897, à la suite d'un accident qui avait déterminé la perte de trois dents de la mâchoire inférieure, savoir : les incisives centrale et latérale gauches et l'incisive centrale droite. Le patient nous montra ces dents, qu'il tenait dans sa poche.

C'est deux jours après l'accident que nous vîmes le sujet

et, circonstance intéressante à noter, le travail de granulation des parties endommagées avait déjà commencé.

Après avoir pris l'empreinte de la mâchoire pour nous rendre mieux compte des conditions dans lesquelles nous aurions à intervenir, nous ordonnâmes le lavage suivant :

Chlorate de potasse........................	8 grammes
Extrait fluide d'hamamélis..................	125 —

M. et S. Une cuillerée à thé dans une demi-tasse d'eau chaude en lotion toutes les deux heures.

Nous recommandâmes au sujet de revenir le jour suivant. Les conseils d'usage lui furent donnés à l'égard du régime préparatoire à l'anesthésie à l'éther.

Nous procédâmes ensuite à la préparation des dents : résection de l'extrémité apicale, extraction des pulpes et obturation des canaux à l'aide de la gutta ; l'obturation fut achevée par une couche résistante d'or cohésif, le tout minutieusement poli, en nous efforçant de respecter la membrane péricémentaire. Les précautions antiseptiques furent scrupuleusement prises pour conserver les dents dans une solution de bichlorure de mercure à 1/1 000, après un nettoyage préalable avec une brosse tendre et du savon.

Le lendemain, avant de procéder à l'opération, nous fîmes un lavage soigneux de la bouche avec du peroxyde d'hydrogène ; la région à opérer fut particulièrement l'objet de notre attention.

Nous administrâmes l'éther, et, durant le sommeil anesthésique, un trépan bien stérilisé fut introduit dans les alvéoles pour enlever tout le tissu de bourgeonnement. Le trépan fut ensuite remplacé par une fraise ronde destinée à élargir les alvéoles intéressés.

Les dents furent essayées dans leurs alvéoles respectifs, puis enlevées, et les alvéoles remplis avec du coton trempé dans une solution de bichlorure à 1/1000.

Lorsque le patient eut repris connaissance, le coton fut enlevé, les alvéoles furent nettoyés avec de l'eau chaude et finalement avec du H^2O^2, les dents furent mises en place, articulées et ligaturées avec des fils de soie.

Le patient fut renvoyé avec la recommandation de se laver la bouche toutes les heures avec de l'eau oxygénée et de ne manger que des aliments liquides.

En cas de fièvre post-opératoire nous lui ordonnâmes :

Antipyrine	0,65	centigrammes
Teinture d'aconit	0,5	—
Sulfate de morphine	0,010	—
Eau distillée	124	grammes

M. et S. Toutes les heures une cuillerée à thé.

24 octobre. — Les dents sont légèrement mobiles, et l'état général est excellent.

26 octobre. — Etat général normal, les dents paraissent plus mobiles.

6 novembre. — Les dents deviennent plus fermes, l'état de santé est bon. Changement de ligature.

A partir de ce jour, nous avons vu le malade une fois par semaine et changé chaque fois les ligatures. La consolidation des dents allait en progressant.

15 janvier 1898. — Les dents sont notablement consolidées et l'empreinte prise.

15 février. — La consolidation des dents est parfaite.

Je suis très heureux d'exprimer ma gratitude à M. le Dr Otto E. Inglis, qui a bien voulu m'assister dans l'exécution de cette opération.

TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897.)

Séance du vendredi après midi.

(29 octobre.)

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE

3, RUE DE L'ABBAYE.

Présidence de M. le Dr A. ROSENTHAL.

TRAITEMENT DES DENTS A PULPE MORTE.

Rapport présenté par M. le Dr L. NUX de Toulouse.

Voir L'Odontologie *du* 15 *décembre* 1897, *page* 425.

DISCUSSION

M. DE MARION (de Paris) cite à l'appui de la communication de

M. Nux un fait arrivé l'année dernière à un professeur de la Faculté. Un candidat étudiait un cas qui avait été diagnostiqué fistule sous-mentonnière, car c'était une dent morte. M. de Marion a fait à l'hôpital l'obturation immédiate avec de la gutta. La fistule s'est cicatrisée.

M. Bonnard. — Je ferai à M. Nux le très petit reproche d'avoir oublié de citer dans les traitements préconisés celui que j'ai indiqué dans une communication faite à la Société d'Odontologie le 19 novembre 1894.

J'ai démontré combien l'action antiseptique du chloroforme pouvait rendre de services aux dentistes dans le traitement des dents mortes. Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* en décembre 1894. J'ai fait ensuite à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris une série de démonstrations de traitement du 4° degré en une séance à l'aide de ce médicament. Depuis, j'ai revu nombre de malades, et tous s'en sont bien trouvés. J'ai prouvé par des recherches de laboratoire autant qu'à la clinique le pouvoir bactéricide de ce médicament, et cela n'a pas été infirmé. Il a l'avantage de ne laisser aucun goût désagréable. Il est reconnu que les antiseptiques diffusibles, certaines essences par exemple, doivent être préférés dans le traitement des dents mortes. Vous n'en trouverez pas, je crois, qui soit plus diffusible que le chloroforme ; c'est pour cela que j'aurais voulu le voir citer par M. Nux.

M. Rigolet (d'Auxerre). — Dans les cas où il n'y a ni fistule ni abcès on a le moins d'avantage à obturer immédiatement. On ne peut jamais être sûr que cette dent n'a pas déjà donné deux ou trois périostites. Dans ce cas-là je suis de l'avis de M. Nux : il ne faut pas obturer immédiatement. C'est presque toujours contre-indiqué dans les cas d'indisposition de la femme.

M. Godon (de Paris). — Les différentes statistiques montrent qu'on peut obturer immédiatement des dents mortes avec trajet fistuleux sans inconvénient. M. Nux dit qu'on ne sait jamais si l'alvéole est infecté ou non ; mais on a la rougeur de la gencive, la sensibilité de la dent à la percussion, tous les symptômes de la périostite. Mais il faut faire une antisepsie suffisante de la racine dentaire pour obturer sans danger.

M. Bonnard (de Paris). — Il vaut mieux obturer immédiatement, mais provisoirement, et de façon à éviter que la salive et les éléments infectieux du milieu buccal puissent, en se mélangeant à l'antiseptique, venir diminuer son pouvoir bactéricide.

M. Ducournau (de Paris). — On ne sait jamais auparavant si les dents sont désinfectées, et, si vous obturez immédiatement, vous pouvez reculer les produits septiques dans la racine.

M. O. Amoedo. — En 1889, dans cette même salle, j'ai eu l'hon-

neur de faire une communication au Congrès dentaire international sur le traitement immédiat des dents à pulpe morte.

Je suis bien reconnaissant au Dr Nux d'avoir bien voulu citer ma communication dans son très intéressant rapport ; mais en même temps je regrette que dans ce rapport, il ne soit pas question de la communication que, sur le même sujet, j'ai faite l'année dernière au Congrès de Nancy et qui a été publiée dans plusieurs journaux.

Quant au traitement des fistules alvéolaires, voici comment je procède :

Nettoyage de la carie et du canal, puis injection d'eau oxygénée au travers de la fistule, mais toujours de la dent vers la fistule. Puis, injection analogue de chlorure de zinc à 5 0/0 et obturation du canal avec des mèches trempées dans une crème d'iodoforme, baume du Pérou et glycérine.

M. Nux (de Toulouse) préfère de beaucoup le traitement des trajets fistuleux par le thermo-cautère à celui du chloroforme.

LE FORMOL GÉRANIÉ EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE.

Par M. G. de Marion,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris,
Et M. C. André,
Pharmacien de 1re classe,
Ancien interne des Hôpitaux.

I

La théorie de l'action thérapeutique du formol dans le traitement des caries repose tout entière sur l'existence de deux ordres de propriétés : d'une part, ses propriétés physiques de solubilité et de diffusibilité dans l'eau ; en second lieu, son pouvoir de combinaison aux dérivés ammoniacaux.

Par deux fois déjà nous avons entretenu la Société d'Odontologie de ces questions ; vu leur importance, nous ne croyons pas inutile d'y revenir et d'en donner un exposé sommaire. Nous verrons que le formol diffère essentiellement des autres antiseptiques par la manière dont il se comporte dans une cavité pulpaire, et qu'il remplit presque exactement les conditions qu'on pourrait assigner à l'antiseptique dentaire théorique. Enfin, nous aurons l'avantage de vous soumettre une préparation nouvelle, basée sur le principe que nous avons tout dernièrement énoncé, de l'accélération de l'action du formol par son association avec l'essence de géranium.

Si l'on cherche à se rendre compte des conditions que doit rem-

plir l'antiseptique dentaire, il en est qui sont évidentes de prime abord ; il nous suffira de les mentionner. Ainsi : 1° *il n'exercera aucune action nocive sur la dentine*; ceci élimine un grand nombre de composés et notamment tous les acides ; 2° enfermé dans une cavité pulpaire, *il ne devra pas provoquer de phénomènes douloureux trop intenses du côté du ligament*, raison pour laquelle les corps volatils, tels que l'iode et les essences en général, ont été reconnus impropres à la thérapeutique de la carie. Ce sont là les conditions générales; pour passer aux autres conditions, il nous faut faire intervenir une notion très importante pour notre objet, *la nature du terrain à antiseptiser*, qui dérive de la constitution physique de la dent.

Le problème de l'antisepsie dentaire ne consiste point uniquement à réaliser l'antisepsie parfaite des parois de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires; il faut aussi faire entrer en ligne de compte les canalicules dentinaires, lesquels, ouverts du côté de la cavité, deviennent, par les liquides qu'ils contiennent, où pullulent les germes pathogènes de la carie, une cause permanente d'infection nouvelle de la cavité. C'est donc aussi la stérilisation de la dentine dans toute son épaisseur, qu'il faut atteindre. Or, la dentine, corps poreux, imprégné des liquides salivaires plus ou moins mélangés de sérosités, se montre, par cette constitution même, absolument réfractaire à l'absorption des divers antiseptiques.

Nous ne reviendrons pas sur le détail des expériences qui ont été faites à ce point de vue sur la créosote, expériences qui pourraient être étendues à tous les antiseptiques employés jusqu'ici. Ce qu'il faut, c'est que l'antiseptique puisse, occlus dans la cavité, se propager par diffusion dans les liquides canaliculaires, et, en conséquence, être à un certain degré soluble dans l'eau. Ces conditions de solubilité et de diffusibilité dans l'eau, le formol les remplit très heureusement. Sa solubilité est de 50 0/0, ce qui nous permet de l'employer à dose massive ; quant à sa diffusibilité, elle est analogue à celle du brome ou de l'acide chlorhydrique, c'est-à-dire qu'il se diffuse avec une extrême rapidité dans les milieux qui ont l'eau pour base.

II

Ce premier point acquis, il nous faut pousser plus loin notre étude, et examiner les circonstances spéciales de l'action du formol quand il est mis en présence d'une carie.

Le premier fait, extrêmement remarquable, qui se présente à l'observation, est la désodoration produite dans les canaux infectés. Tout récemment, le docteur Didsbury, à la Société Médicale du

IXe arrondissement, disait : « Un canal dentaire soigneusement » nettoyé avec des mèches chargées de formol, perd très vite sa » mauvaise odeur ; le formol, en effet, est un puissant désodo- » rant ». Dans une communication au Congrès de Moscou, M. le professeur Le Dentu disait qu'en outre de ses qualités microbicides le formol a un pouvoir désodorant absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte au contact d'une solution de 1/200. Pour ce clinicien, le formol est un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre. Nous avons nous-mêmes, dès le début de nos expériences, observé cette propriété, et nous avons même fait de la disparition de toute odeur putride la limite de nos pansements. Ce que ces auteurs n'ont pas expliqué, c'est le mécanisme de ce pouvoir désodorant ; nous en avons donné, à la Société d'Odontologie (6 juillet 1897), une explication que nous croyons concluante, basée sur l'action chimique du formol sur les dérivés ammoniacaux. Qu'il nous suffise de reproduire en partie ce que nous disions alors.

L'action chimique en question intervient toujours au milieu des produits putrides résultant de la désagrégation de la pulpe, et elle intervient d'autant plus largement que ses produits sont eux-mêmes plus abondants. Le formol se combine non seulement à l'ammoniaque et aux ammoniaques composées, telles que l'éthylamine et la méthylamine, mais encore aux carbonates et aux sulfhydrates de ses bases. Ces combinaisons s'effectuent à froid et en peu de temps par le simple contact des solutions des corps réagissants. Les produits de ces combinaisons sont des corps neutres, dépourvus d'activité chimique et dans lesquels ont disparu également les propriétés antiseptiques du formol. Il y a donc tout à la fois neutralisation chimique et antiseptique du formol par les ammoniacaux.

Quelle est l'origine des produits ammoniacaux dans une carie ? Lorsque, la chambre pulpaire étant ouverte, une pulpe se détruit, la ressemblance physique entre les produits qu'elle donne et ceux résultant de la destruction des matières animales au contact de l'air, fait admettre une analogie de composition. Dans la putréfaction, l'azote des matières animales se change en ammoniaque et ammoniaques composées, et celles-ci deviennent libres ou se combinent à l'acide carbonique provenant du carbone, ou à l'acide sulfhydrique du soufre de ces mêmes matières. S'il en est ainsi pour la pulpe, il est évident que les produits ammoniacaux seront d'autant plus abondants que la destruction de la pulpe sera plus avancée, et comme les ammoniacaux sont très diffusibles, la dentine en sera promptement imprégnée.

Dans la même note nous énoncions cette proposition, que l'effet désinfectant (ou de désodoration) s'exerce *antérieurement* à l'effet

antiseptique ; nous croyons qu'il en est ainsi, et notre opinion se base sur ce que la stérilisation des germes par le formol exige un temps beaucoup plus long que celui de sa combinaison aux ammoniacaux. Voici comment nous nous représentons ce qui se passe quand, dans une cavité pulpaire infectée, on place un pansement au formol : celui-ci sera, dans un espace de temps relativement très court, neutralisé, absorbé en quelque sorte en totalité par les produits putrides, si ceux-ci sont en excès par rapport à la dose de formol employée. Mais alors les germes infectieux, n'étant pas atteints, continueront leur œuvre, donnant une nouvelle dose de produits putrides. Les choses iront ainsi jusqu'au moment où, après un nombre suffisant de pansements, la désinfection étant achevée, l'effet antiseptique commencera, s'attaquant directement aux germes eux-mêmes qui engendrent la carie et qui pullulent partout dans les canaux radiculaires et dans les canalicules dentinaires.

Cette dualité d'action mérite bien d'arrêter notre attention : elle donne la raison de cet autre fait, également remarquable, que nous avons observé au début de nos pansements, à savoir que la stérilisation d'une carie marche beaucoup plus lentement que ne le comporte à première vue la puissance antiseptique si grande du formol. Cela nous a amenés à apporter à notre technique des changements capables de produire plus vite l'effet recherché. Au début, nous avons poussé le titre de notre liqueur de formol au titre maximum de 50 0/0. Aujourd'hui, tout en conservant le principe des doses massives, nous associons au formol l'essence de géranium. Le rôle de ce composé est, par son pouvoir essentiellement antiputride, d'empêcher la production lente, mais continue, des produits ammoniacaux dans l'intervalle des pansements. Nous allons dire quelques mots de ce produit, pour justifier le choix qui en a été fait.

III

Les expériences bactériologiques de Chamberland et celles de Cadéac et Albin Meunier ont montré que les essences sont douées de propriétés antiseptiques très grandes, égales, sinon supérieures, à celles des produits les plus couramment employés par la chirurgie : sublimé, iodoforme, acide phénique, etc.

Au premier rang se place l'essence de cannelle, dont la puissance surpasse celle du sublimé ; viennent ensuite l'essence d'origan et celle de géranium, de propriétés à peine moindres.

Les essences ont été étudiées cliniquement par le Dr Lucas Championnière, et elles ont donné d'excellents résultats en chirurgie.

L'éminent praticien, s'étant servi de topiques dont la formule avait été fournie par M. André, pharmacien, et qui avaient été préparés par lui, avait pansé des laparatomies, des cures radicales de hernies, des amputations de seins, et des ablations de tumeurs diverses. Il avait toujours vu les plaies rester bien aseptiques, et le trajet des drains ne subissait pas d'infection secondaire; la cicatrisation était plus rapide, l'aspect des lignes de réunion meilleur qu'avec les topiques iodoformés.

En ce qui concerne les régions infectées, voici ce qu'il dit : « J'ai » eu l'occasion de l'appliquer (le topique) soit dans un vaste an- » thrax où tous les phénomènes de putridité furent enrayés, soit » dans un cas de gangrène sénile. Dans ce cas, la période d'élimi- » nation a été franchie sans odeur, on peut dire, et avec un mini- » mum de suppuration qui a été très frappant ».

Il est bon de rappeler que les propriétés antiputrides des essences ont été connues et utilisées de toute antiquité, et qu'elles jouaient un grand rôle dans l'art de l'embaumement.

Malheureusement les essences ont des inconvénients nombreux; elles sont notamment très irritantes, et quelquefois même vésicantes. C'est là la principale cause qui s'oppose à leur application à la thérapeutique dentaire. En effet, quand, dans une chambre pulpaire, on fait avec l'essence de cannelle ou avec l'essence d'origan un pansement par occlusion, il y a immédiatement des douleurs violentes dues à la formation des vapeurs et à l'irritation du ligament. L'essence de géranium fait heureusement exception à la règle, et aucun fait semblable ne se produit avec elle. Pour se convaincre tout de suite de l'absence de propriétés irritantes, il suffit d'en déposer une goutte sur la langue: on ne perçoit aucune sensation, non pas de brûlure, mais même de picotement; c'est ce qui nous a permis de l'adopter. Ajoutons qu'elle est douée d'une odeur douce et agréable, et nous exposerons plus loin qu'elle sert même de réactif pour reconnaître que la stérilisation de la dent est atteinte.

L'association de l'essence de géranium au formaldéhyde arrête instantanément la formation des produits putrides dans une carie, et réduit dans des proportions considérables le nombre des pansements nécessaires.

IV

Avant de vous décrire notre technique, il est nécessaire de vous indiquer la composition de la liqueur que nous employons depuis peu de temps et qui nous donne les meilleurs résultats. Le formol géranié est une solution dans l'alcool d'un degré centésimal voisin

de 80 de formol et d'essence de géranium : les proportions sont pour le formol celles des solutions aqueuses ordinaires, de 40 0/0 ; pour l'essence de géranium, elles sont de 20 0/0.

Cette proportion relativement faible d'essence se montre tout à fait suffisante, et cela se comprend, si l'on tient compte des doses vraiment minimes que les bactériologistes ont reconnues propres à infertiliser les germes de la fermentation putride. L'avantage de cette préparation est manifeste : elle permet de n'employer qu'une dose relativement faible de géranium, pour faire une place plus large au formol. Ajoutons qu'elle ne contient pas d'acide formique et que la présence de l'alcool et de l'essence de géranium la préserve de l'oxydation ultérieure.

Dans les troisièmes degrés, il est tout d'abord indispensable de procéder à la dévitalisation de la pulpe par un pansement ordinaire à l'acide arsénieux. Il est de toute impossibilité d'appliquer un pansement au formol sur une pulpe vivante ; il en résulterait une douleur extrêmement violente rendant son maintien impossible.

Supposons donc la pulpe dévitalisée. Dans un deuxième pansement, la carie convenablement ouverte est débarrassée de tous les vestiges de dentine ramollie ; la chambre pulpaire, et, autant que cela est possible, les canaux radiculaires, sont débarrassés de leur contenu, et détergés avec soin au moyen de mèches chargées de formol géranié, puis la cavité est desséchée à l'air chaud. La cavité une fois préparée, on place dans les canaux radiculaires des mèches de formol géranié, et dans la chambre pulpaire un tampon du même liquide. Par-dessus on fait l'obturation, et il vaut mieux peut-être, pour éviter toute surprise, la faire provisoire à la gutta-percha, se réservant de recourir à l'obturation définitive une quinzaine de jours plus tard, si aucun accident n'est survenu. Pour le quatrième degré, on procède à peu près de la même manière ; seulement plusieurs pansements sont nécessaires.

La chambre pulpaire, convenablement ouverte, est débarrassée, ainsi que les canaux radiculaires, si possible, au moyen de mèches à sec, des matières putrilagineuses qui y sont contenues. Quand les mèches introduites dans les canaux accessibles en sortent à peu près immaculées, on introduit, au moyen de mèches trempées dans du formol géranié, du liquide dans les canaux. Cela fait, au moyen du fil d'argent chauffé au thermo-cautère, on volatilise complètement le liquide. Cette dernière manœuvre n'est évidemment pas indispensable, mais elle est utile, car elle rend plus rapide la désodoration de la cavité. On peut, si l'on veut, effectuer plusieurs fois cette introduction et cette volatilisation du liquide. Enfin, on fait le pansement comme nous l'avons décrit ci-dessus. Nous conseillons

de faire l'obturation provisoire à la gutta-percha, préférable au tampon de teinture de benjoin concentrée, à cause de la présence de l'alcool dans le formol géranié.

Un jour ou deux après, on procède à un deuxième pansement, précédé des mêmes préliminaires. On recommence ainsi une troisième et une quatrième fois, s'il le faut, jusqu'à la stérilisation complète de la dent. On reconnaît que cette stérilisation est obtenue au moyen de l'essence de géranium, qui constitue un excellent réactif. Son parfum, qui est doux et fort délicat, se trouve encore renforcé par son mélange avec l'odeur du formol, et la moindre trace d'odeur fétide se trouve décelée par l'altération qu'il subit. Lorsque ce terme est atteint, on procède à l'obturation d'épreuve, et un peu plus tard à l'obturation définitive.

V

Nous terminerons cette étude par la considération de quelques questions d'importance secondaire. L'une de ces questions a été soulevée par le Dr Didsbury dans la communication à laquelle nous avons fait allusion ; elle a trait aux extrémités radiculaires de la pulpe. Nous extrayons de cette communication le passage suivant : « J'avais, en septembre 1896, cautérisé avec la pâte arsenicale une grosse molaire inférieure, à une jeune fille. Deux jours après, j'enlevai la pulpe à l'aide d'une fraise bien tranchante, et je m'apprêtais à enlever les nerfs ; mais, ce temps opératoire étant généralement assez douloureux, la patiente se refusa à s'en laisser faire davantage ce jour-là. Je séchai alors soigneusement la cavité, et j'introduisis dans la chambre pulpaire un bourdonnet d'ouate imbibé de formol, que j'enfermai avec de la gutta-percha ; la patiente devait revenir le lendemain. Elle ne revint ni le lendemain ni les jours suivants ; je ne la revis qu'un mois après : elle ne souffrait plus, et m'obligea à lui mettre un peu de ciment par-dessus la gutta qui était légèrement usée. J'ai revu depuis cette jeune fille, sa dent ne lui fait plus mal, c'est un succès absolu et, je dois le dire, inattendu ».

Voici ce que nous disions nous-mêmes sur le même sujet, il y a quatre ans : « Pour ce qui est du nettoyage de la cavité pulpaire et des canaux, ce n'est qu'une condition accessoire, quoique importante en ce sens qu'elle diminue le nombre des pansements nécessaires. Bien plus, lorsque, par suite de conformation vicieuse des canaux, l'extirpation des débris radiculaires est impossible, le formaldéhyde modifie ces débris de telle sorte qu'ils deviennent absolument incapables de produire une infection ultérieure ».

Nous rattacherons à la même idée le fait de l'abandon dans les canaux, des mèches de formol géranié sous l'obturation définitive.

Non seulement ces mèches jouent le rôle de corps étrangers absolument inoffensifs, mais encore constituent un élément de succès supplémentaire. Les questions qui nous ont été maintes fois posées sur le point de savoir si l'on peut laisser ainsi des mèches à demeure, nous prouvent que cette remarque ne manque pas d'utilité.

Nous avons dit plus haut qu'il faut mettre l'intervalle d'un ou de deux jours pour les pansements du quatrième degré. En faisant l'étude de l'action du formol sur les produits ammoniacaux, nous avons vu que l'action désinfectante du formol s'effectue en quelques heures à la température ordinaire ; c'est dire que l'intervalle de vingt-quatre heures entre deux pansements, est tout à fait suffisant. De plus, lorsque le malade n'est pas exact et qu'il laisse s'écouler un espace de plusieurs jours avant de faire changer son pansement, le géranium a pour effet de conserver le bénéfice acquis. Donc, de ce côté-là, la méthode offre toute facilité et toute sécurité.

Un mot sur le nombre de pansements nécessaires. Au début de la méthode, dans les cas d'infection profonde, il n'était pas rare d'être obligé de recourir à cinq ou six pansements. Un peu plus tard, en employant une liqueur titrée à 50 0/0, ce chiffre a pu être réduit d'un quart environ. Nous pensons que, par l'emploi du formol géranié, on peut compter sur la réduction de moitié du nombre primitif. Quelques expériences à la fois trop récentes et trop peu nombreuses, il est vrai, semblent néanmoins nous confirmer dans cette manière de voir.

Un reproche a été adressé au formol : celui de provoquer un peu de périostite. Le Dr Didsbury, qui mentionne ce défaut, reconnaît qu'il est très léger, d'abord parce qu'il n'est pas fréquent, ensuite parce que, lorsqu'il se montrait, l'inflammation passagère disparaissait très vite.

Nous n'avons jamais observé cet inconvénient ; la raison de son existence nous paraît facile à déterminer : il provient sans aucun doute de l'oxydation partielle du formol, d'où résulte la présence dans la liqueur d'une petite proportion d'acide formique.

Par tout ce qui précède nous nous croyons autorisés à préconiser de plus en plus l'emploi de ce traitement, dont l'expérience a démontré la grande supériorité sur les autres méthodes, et en particulier sur la méthode à l'iodoforme, qui est la plus généralement employée.

Discussion.

M. de Marion (de Paris), après avoir lu son rapport imprimé, ajoute les remarques suivantes : Le formol se dissout dans l'eau ;

il traverse les matières grasses. Il s'agissait d'arrêter la source des ammoniacaux et on a cru arriver à ce but en ajoutant une essence au formol. Les essences sont des carbures qui ont la propriété d'arrêter les fermentations putrides, c'est-à-dire la formation des ammoniacaux. L'essence de géranium est très peu irritante et très antiseptique. Au début, j'employais le formol pur en solution aqueuse; j'avais remarqué un peu d'irritation du côté du tissu alvéolo-dentaire. Depuis, j'ai employé le formol en solution aqueuse associé à l'essence de géranium, et enfin le formol en solution alcoolique associé à l'essence de géranium. Cette dernière solution seule n'a pas de réaction acide ; toutes les solutions aqueuses deviennent acides et font passer au rouge brique le papier bleu de tournesol.

M. Vacher (de Paris). — Quelle est la conduite à tenir quand, soignant une dent malade, nous nous trouvons en présence d'une dent qui n'a jamais fait mal ? En dépit de tous les remèdes employés le malade souffrait.

M. Blumenfeld déclare que, dès qu'il a eu connaissance du formol géranié, il l'a employé et toujours avec de très bons résultats.

M. Salmon (de Limoges). — Une dent a été traitée, bien ou mal. Il y a eu obturation. Plus tard, dix ou quinze ans après, elle a été déplombée. Vous voyez que la dent est infectée ; vous nettoyez la cavité, quelques jours après le malade souffre, il a une fluxion. A quoi faut-il attribuer ces accidents ?

M. Choquet (de Paris) pense que les accidents observés par M. Salmon sont dus la plupart du temps à la salive.

M. de Marion (de Paris) répond à M. Vacher que les accidents qu'il a observés proviennent de ce qu'on a dû dépasser l'apex en faisant le premier pansement et qu'il a dû y avoir une infection du ligament alvéolo-dentaire.

En réponse à M. Salmon, l'auteur rappelle que M. Saladin a imaginé un petit instrument dont M. Amoëdo avait eu aussi l'idée. Cet instrument consiste en une tige d'argent fin introduite dans le canal dentaire et chauffée au moyen de la pointe du thermo-cautère. Le formol géranié, préalablement introduit dans le canal avec une mèche en coton enroulée sur un équarrissoir, la tige d'argent est placée et chauffée, à environ 80° ; à cette température le pouvoir bactéricide du formol géranié est augmenté dans de grandes proportions.

M. Tournier-Daille (de Lons-le-Saulnier) est d'avis d'employer toujours les essences de préparation récente. Les essences anciennes peuvent donner lieu à des accidents graves.

M. Ducournau (de Paris) demande si les malades peuvent souffrir une température de 80° dans leurs dents.

M. de Marion (de Paris) répond à M. Ducournau que les mala-

des ne sentent même pas la température de 80° dans leurs dents.

Selon M. Brodhurst, le malade supporte très bien la chaleur dans la dent malade ; il supporte même plus de 80°.

M. Siffre (de Paris) n'est pas du même avis. D'après lui, si on introduit un gros thermo-cautère dans une racine, le malade souffre et se plaint.

M. Choquet (de Paris) déclare, en réponse à l'objection de M. Siffre, qu'il y a thermo-cautère et thermo-cautère. Il a obtenu une température de 96°, bien supportée par les malades.

OBSERVATIONS SUR LA CATAPHORÈSE DANS LE TRAITEMENT DES 2e ET 3e DEGRÉS DE LA CARIE.

Par M. Rigolet.

Voir L'Odontologie, *28 février, page 155.*

DISCUSSION.

M. de Marion (de Paris) demande aux membres du Congrès de faire les réserves les plus extrêmes au sujet de la cataphorèse, qui d'ailleurs est d'importation étrangère. Il fait remarquer qu'un sel n'est pas décomposé tout entier par le courant et croit que c'est le courant tout seul qui agit comme anesthésique.

M. Godon (de Paris) fait observer que c'est Fauveau de Courmelles qui, le premier, a présenté en France la cataphorèse ; elle n'est pas du tout d'importation étrangère, comme l'a dit M. de Marion. Selon lui, la cataphorèse agit très bien ; il a eu des cas absolument merveilleux. Entre autres un malade présentait deux petites molaires cariées au deuxième degré ; impossible de les ruginer. Il a appliqué la cataphorèse avec de très bons résultats. Il avoue cependant que ce traitement n'agit pas régulièrement et avec le même succès dans tous les cas.

DES DENTS TEMPORAIRES ET DES DENTS DE SIX ANS. CONSÉQUENCES FACHEUSES DU MANQUE DE SOINS. LEUR TRAITEMENT.

Par M. Ducournau.

Voir L'Odontologie, *30 avril.*

REDRESSEMENT IMMÉDIAT DANS LES CAS DE RÉTROVERSION.

Par M. A. Siffre.

Voir L'Odontologie, *15 mars, page 191.*

A l'appui de sa communication, M. Siffre présente une jeune fille à laquelle il a fait, la veille, un redressement immédiat, et l'on peut constater le bon résultat obtenu.

DISCUSSION.

M. Bonnard (de Paris) n'est pas un adversaire de la théorie émise par M. Siffre ; mais il pense que le mode opératoire qu'il préconise n'est pas sans danger. D'abord le davier, placé sur l'émail, peut glisser plus bas que ne le désire l'opérateur, au-delà du collet. La dent, dont la racine est conique, remontera d'autant mieux entre les mors du davier qu'elle sera plus serrée. Cela est arrivé à quelques confrères en faisant la rotation sur l'axe. D'autre part, des fractures de l'émail sont à craindre ; or, on sait que chaque fracture est une porte d'entrée à la carie. Pour obvier à ces deux mouvements, on garnit ordinairement les mors du davier avec du caoutchouc et, pour éviter une extraction involontaire, on introduit, au moment de prendre la dent, du godiva ramolli qui, refroidi après le serrage de la dent, empêche celle-ci de remonter. Ce sont là des précautions que l'auteur semble avoir omises.

D'autre part, chez la jeune fille présentée par M. Siffre les dents sont à peine formées, et il en sera de même chez tous les sujets du même âge. La dentine est un peu dense, la pulpe occupe la majeure partie de la couronne, le canal est très large ; M. Bonnard croit donc que des fractures totales ou tout au moins de grands dommages sont à redouter pour cet organe, si le tissu osseux présente une résistance plus grande.

Pour toutes ces raisons, et malgré les beaux résultats de M. Siffre, il croit que les appareils de redressement, s'ils ont le désavantage de demander plus de temps, n'offrent pas la perspective d'accidents toujours à craindre avec ce procédé.

M. Sauvez (de Paris) appuie la critique de M. Bonnard. Il croit que l'opération de M. Siffre peut se faire seulement à l'hôpital. La communication de M. Siffre est très intéressante sans doute, mais dans la clientèle il sera préférable d'avoir recours à un appareil à traction lente et continue.

M. Lecaudey (de Paris) est partisan de la théorie de M. Siffre. Il fait remarquer que sur la jeune fille présentée par M. Siffre, l'opération a été faite récemment, et qu'il n'y a pas eu d'inflammation. A son avis, le redressement immédiat peut très bien se faire dans la clientèle, il réussit parfaitement. Il l'a déjà fait lui-même, et a reçu de nombreuses félicitations de la part des parents des malades qu'il a soignés. Quand le sujet est jeune, on réussit toujours.

M. d'Argent (de Paris) demande en combien de secondes ou de minutes M. Siffre obtient le changement de position de la dent. Ce n'est pas là une question banale. On voit une foule d'insuccès ne provenir que de là. Certains font l'opération trop brusquement, d'autres trop lentement. Il faut, pour réussir, faire preuve d'une

dextérité et d'une fermeté de main combinées. Il félicite volontiers M. Siffre, et enregistre les succès qu'il a obtenus, et qui sont très encourageants. Mais, pour bien faire, il faudrait être fixé sur le temps moyen de l'opération, afin d'éviter d'enrichir la statistique des insuccès.

M. Martinier (de Paris) est partisan des appareils orthopédiques. Il croit que dans un cabinet aucun opérateur ne voudra assumer la responsabilité d'une rotation brusque ; quant à l'âge, il pense que 12 ans est l'âge limite.

D'ailleurs, pour la rotation brusque, il y a des accidents redoutables à craindre. M. David est pour l'opération en deux temps ; il commence le redressement à l'aide d'un appareil, et le termine par la méthode brusque ; il évite ainsi l'appareil de maintien. Avec la clientèle, dans un cabinet, on doit repousser ce procédé. Cependant, sur un sujet très jeune, quand on ne peut appliquer d'appareil orthopédique, on emploiera le procédé de M. Siffre, qui n'est du reste pas celui dit *de rotation brusque*, mais qui consiste à luxer la dent dans un sens déterminé, soit en dehors, soit en dedans ; il offre ainsi moins de difficultés et de chances d'insuccès que la rotation brusque de la dent sur elle-même.

M. Siffre (de Paris) répond à M. Bonnard qu'en opérant comme il l'indique, il est impossible de glisser; avec un dessin à l'appui M. Siffre montre que, même si l'instrument glisse, il n'y a pas d'inconvénient.

M. Touchard (de Paris) déclare qu'il a un cas à présenter à l'appui de la communication de M. Siffre: une jeune fille de 14 ans. M. Touchard insiste sur l'âge de la jeune fille qui lui demanda de lui redresser la bouche. Il fallait enlever la petite molaire. M. Touchard a agi par luxation et par traction brusque. Après avoir procédé à l'antisepsie du champ opératoire, le davier a été couvert de caoutchouc, et la rétroversion a été faite en trois temps; seulement M. Touchard croit à la possibilité de quelques légers accidents.

M. O. Amoedo (de Paris). — Pour faciliter cette opération, qui est pratiquée couramment en Angleterre par M. Cunningham, en Suisse par M. Bryand, et en Espagne par M. Aguilar, on a inventé des daviers spéciaux.

Le docteur Bryand en a inventé un, qui a un des becs plus long d'un centimètre et demi que l'autre. Une bande métallique, recourbée un peu en fer à cheval et garnie de caoutchouc, s'applique contre les gencives, au niveau des racines. Sur cette bande s'appuie le bec plus long, et l'on place l'autre bec plus court sur le talon de la dent à ramener en avant.

M. Aguilar a modifié ce davier, en ajoutant une vis entre les deux jambes, évitant ainsi de produire les accidents fâcheux qui

pourraient arriver si l'instrument venait à fermer brusquement. Ce perfectionnement, ainsi que d'autres, toujours pour la même opération, fut présenté au Congrès de Bordeaux par M. Aguilar.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes a cet os.

Par M. le Dr J. L. Faure,

Chirurgien des hôpitaux.

Il est malheureusement bien souvent nécessaire, au cours de l'extirpation des tumeurs malignes de la langue, du plancher de la bouche, de la région sus-hyoïdienne, etc., de réséquer une portion plus ou moins considérable du maxillaire inférieur envahi par le néoplasme. C'est un sacrifice douloureux, mais devant lequel il ne faut pas hésiter. Il faut, avant tout, lorsqu'on s'en mêle, enlever tout le mal, quels que soient les délabrements qui en puissent résulter, quels que soient les inconvénients plastiques ou fonctionnels qui doivent succéder à ces opérations. Et d'ailleurs, malgré leur étendue, celles-ci restent malheureusement presque toujours incomplètes, ainsi que le démontre la récidive ou plutôt la continuation presque constante du mal.

Il n'en est pas moins vrai que cette mutilation osseuse présente un très grave inconvénient. Les deux segments du maxillaire, séparés par toute la largeur du fragment que l'on a jugé nécessaire d'extirper, restent indépendants l'un de l'autre, mobiles, plus ou moins déviés sous l'action des muscles voisins; les arcades dentaires ne se correspondent plus, la mastication est très difficile, et la situation de ces malades, qu'attriste déjà leur difformité, devient véritablement douloureuse.

Dans ces conditions, la prothèse, soit immédiate, soit consécutive, peut rendre de très grands services, mais elle est souvent fort difficile à exécuter et donne parfois, surtout lorsqu'on l'emploie immédiatement après l'opération en implantant dans les tronçons du maxillaire un arc métallique destiné à les maintenir en bonne position, les résultats les plus médiocres. En tous cas, la meilleure pièce artificielle ne vaudra jamais l'arc osseux qu'elle est destinée à remplacer.

Aussi faut-il s'efforcer, lorsque la nature de l'intervention le permet, de conserver précieusement un fragment de cet arc osseux suffisant pour qu'il puisse maintenir la continuité du maxillaire, solidariser les deux fragments et remplir avec avantage le rôle de cette pièce prothétique, toujours défectueuse, toujours insuffisante.

Mais il ne faut, sous aucun prétexte, que la conservation de cet arc osseux nuise à l'étendue de l'exérèse reconnue nécessaire. Tout ce qui est malade ou soupçonné de l'être doit être enlevé. Mieux vaut un

délabrement trop étendu qu'une extirpation trop parcimonieuse, et les imperfections plastiques ou fonctionnelles les plus pénibles sont préférables à une récidive.

Or le maxillaire inférieur, par sa constitution anatomique, permet précisément, au moins dans un certain nombre de cas, peut-être même plus nombreux qu'on ne le pense généralement, de conserver cet arc osseux, cette sorte de tuteur naturel, dont je viens en quelques mots de montrer la grande utilité.

Cet os est composé, au moins dans sa portion horizontale qui nous intéresse surtout, de deux tables de tissu compact, extrêmement dense, l'une externe, l'autre interne, séparées par une couche de tissu spongieux beaucoup moins solide, que le canal dentaire creuse, même sur une longue étendue, d'une cavité véritable qui établit entre les deux tables une séparation des plus nettes.

Le tissu osseux qui forme ces deux tables est d'un grain très serré, d'une dureté excessive, et oppose par conséquent à l'envahissement par les néoplasmes qui viennent à son contact une résistance sérieuse. Lorsque le périoste a été envahi par la tumeur, lorsque celle-ci adhère au maxillaire, il s'en faut que l'os soit atteint jusque dans son centre. Il est certain qu'il faut un temps relativement long pour que les boyaux épithéliaux envahissants aient mordu dans cet os et perforé cette couche éburnée pour pénétrer dans le tissu aréolaire central où ils peuvent alors se développer librement. Il est bien évident que peu à peu l'os entier peut être envahi et désorganisé dans toute son épaisseur, et les cas n'en sont que trop fréquents. Mais je suis convaincu qu'il faut un certain temps pour en arriver là et que, si l'intervention n'est pas trop tardive, lorsque le néoplasme ne fait qu'adhérer au maxillaire depuis quelque temps, on a des chances très sérieuses pour que les couches les plus superficielles de la table compacte, qui a au moins deux bons millimètres d'épaisseur, soient seules suspectes ou envahies, et pour que le tissu spongieux qui remplit le centre de l'os et à plus forte raison la table compacte opposée soit encore absolument indemne et ne renferme pas la moindre cellule maligne.

Il sera donc possible, dans ces cas, de garder une portion de la table compacte non envahie pour en faire ce tuteur naturel, cet os réunissant les deux portions principales du maxillaire et leur permettant de conserver, en même temps que leurs rapports réciproques, leur exacte situation vis-à-vis des parties correspondantes du maxillaire supérieur.

Il s'agit donc, en un mot, d'exécuter un véritable *dédoublement du maxillaire inférieur.*

J'ai fait deux fois cette opération et les résultats que j'ai obtenus me paraissent assez remarquables pour mériter d'être publiés.

Voici ces deux observations :

I. — Mme B..., 75 ans, demeurant au Raincy, opérée à la Pitié le 20 août 1896. — Au mois de mai, cette malade a été opérée à la Pitié pour un volumineux cancroïde de la lèvre inférieure. Opération à la cocaïne faite par M. Reclus : incision en V. Réunion immédiate.

Elle revient trois mois après. La lèvre est complètement guérie et ne présente aucune trace de récidive.

Au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur, du côté gauche, existe une nouvelle tumeur de la grosseur d'une noix, adhérente au maxillaire aux dépens duquel elle paraît s'être développée. Elle fait saillie dans la région sous-maxillaire et, d'autre part, passe par-dessus la branche horizontale de l'os, dans le sillon gingivo-labial où se trouve une ulcération en communication avec le centre de la tumeur.

Le diagnostic est hésitant entre : ganglion néoplasique consécutif à l'épithélioma de la lèvre et adhérant secondairement au maxillaire, ou tumeur primitive de cet os. L'examen histologique a confirmé cette deuxième hypothèse. Il s'agissait d'un *sarcome* assez limité et développé soit aux dépens de la table externe du maxillaire, soit aux dépens du périoste.

Extirpation par une incision externe de six centimètres environ, parallèle au bord inférieur du maxillaire. La tumeur est enlevée en totalité. La table externe de l'os, ainsi que le bord alvéolaire, qui sont envahis, sont enlevés à la pince-gouge sur une assez grande étendue. Je laisse simplement, pour maintenir les régions antérieure et postérieure de la branche horizontale solidaires l'une de l'autre, une languette osseuse de cinq centimètres de long sur un centimètre de haut et trois millimètres environ d'épaisseur, constituée par la partie la plus inférieure de la table interne de l'os. Cet arc osseux paraît absolument sain. La muqueuse ulcérée est ensuite réséquée. La portion de gencive correspondante ayant été complètement enlevée, la muqueuse du sillon gingivo-lingual est suturée par un surjet au catgut à la muqueuse correspondante qui double la face interne de la lèvre. La cavité buccale est ainsi isolée autant qu'il est possible de la plaie. Réunion au crin de Florence.

Légère suppuration de la plaie, qui ne tarde pas à se fermer complètement. Le maxillaire semble solide et fonctionne parfaitement.

II. — Camp... Emile, 55 ans. Opéré à l'hôpital Laënnec, le 12 janvier 1897.

Début six mois auparavant. Extension progressive.

Au moment où je l'examine, le malade porte au niveau du plancher de la bouche une tumeur ulcérée, ligneuse, saignante, et qui présente les caractères évidents d'un épithélioma.

Toute la région qui s'étend de la face inférieure de la langue à l'arcade dentaire est envahie.

Le frein de la langue est pris, ainsi que la muqueuse environnante, mais la langue elle-même ne semble pas altérée daas sa profondeur. Sur les côtés, le néoplasme arrive jusqu'au maxillaire, auquel il est adhérent. Il en est de même en avant. En ce point, au niveau de la symphyse, il y a une fusion véritable entre le néoplasme et l'os. Celui-ci est même en partie envahi, car les incisives sont ébranlées. — La consistance du plancher buccal est ligneuse, mais celui-ci n'est pas pris dans toute son épaisseur et le mal ne dépasse pas le mylo-hyoïdien, car la région sus-hyoïdienne est souple.

En un mot, il s'agit d'un épithélioma occupant toute la région du plancher buccal située entre le frein de la langue et le maxillaire, qui adhère lui même au néoplasme et dont la table interne et le bord alvéolaire sont envahis.

Pas de ganglions appréciables.

Bon état général.

L'idée d'une extirpation complète du plancher de la bouche et de la portion correspondante du maxillaire se présentait naturellement à l'esprit. Mais, à cause des graves inconvénients que présente l'absence de soudure ultérieure sur la ligne médiane, je me décidai, malgré les difficultés évidemment beaucoup plus considérables de cette opération, à conserver la table externe du maxillaire sur une partie de sa hauteur, de façon à maintenir la solidarité des deux moitiés du maxillaire.

L'opération fut pratiquée le 12 janvier 1897.

Anesthésie au chloroforme. Je renonçai, malgré les facilités qui en eussent

résulté, à fendre la lèvre inférieure sur la ligne médiane et à la décoller du maxillaire. J'aurais eu ainsi beaucoup de jour, mais j'ai craint que cette dénudation de la table externe de l'os ne compromît sa vitalité et j'ai préféré faire l'opération tout entière par la voie sus-hyoïdienne sans toucher à la lèvre inférieure.

Le malade est mis dans la position de Rose.

Incision courbe longue de dix centimètres immédiatement en arrière du bord inférieur du maxillaire, sous le menton. Du milieu de cette première incision en part une seconde, médiane, qui descend jusqu'à l'os hyoïde. C'est en somme une incision en T à branche horizontale courbe et parallèle à l'arc du maxillaire.

Le bistouri passe entre les deux génio-hyoïdiens et sectionne sur la ligne médiane le plan musculaire mylo-hyoïdien : toutes les insertions musculaires du digastrique, du génio-hyoïdien et du mylo-hyoïdien sont séparées du maxillaire, dont le bord inférieur est ainsi mis à nu. D'un coup de bistouri, qui entre par la région sus-hyoïdienne et ressort dans la région sublinguale, je sépare rapidement de l'arc osseux, en rasant la table interne du maxillaire, le néoplasme tout entier. Cette manœuvre amène nécessairement la section des insertions des génio-glosses. Pendant ce temps la langue, saisie avec une pince à griffes, est portée en haut et en arrière, de façon à ne pas gêner la manœuvre du bistouri.

Deux pinces hémostatiques sur les parties latérales du plancher de la bouche et une troisième sur la ligne médiane qui étreint les tissus sous la face inférieure de la langue, de chaque côté du filet, isolent complètement le néoplasme, qui est ainsi extirpé en quelques coups de ciseaux.

Il s'agit alors de pratiquer la résection de l'os suspect.

Les incisives, les canines et les premières prémolaires de chaque côté sont enlevées avec un davier — en tout huit dents. Puis la muqueuse est coupée tout au fond du sillon gingivo-labial, dans toute l'étendue de l'os édenté. Alors, avec une pince emporte-pièce à larges mors bien coupants, le bord alvéolaire tout entier est réséqué de façon à ne laisser au maxillaire qu'une hauteur d'un centimètre environ. Cette résection demande à peine une minute. La résection de la table interne est un peu plus difficile ; elle n'en est pas moins très rapide et il est assez simple, avec une bonne pince-gouge à mors courbes, en agissant soit par la bouche, soit par la brèche sus-hyoïdienne, d'enlever la totalité de cette table interne. Le maxillaire se trouve alors réduit à un arc osseux ayant environ un centimètre de hauteur sur deux ou trois millimètres d'épaisseur.

La face postérieure, dénudée, regarde la plaie, tandis que la face antérieure adhère à la lèvre intacte qui continuera à nourrir l'os.

La base de la langue, qui tend à tomber en arrière par suite de la section des génio-glosses, est ramenée en avant et fixée au périoste de l'arc osseux par un fort catgut.

La muqueuse labiale est suturée par un surjet au catgut à la muqueuse de la région sublinguale, de sorte que la cavité buccale est isolée autant qu'il est possible de la plaie sus-hyoïdienne. Les muscles mylo-hyoïdien, digastrique et génio-hyoïdien désinsérés sont fixés par des catguts dans leur position primitive, au périoste du bord inférieur du maxillaire. L'incision courbe est suturée, tandis que l'incision médiane génio-hyoïdienne, fermée par un crin de Florence près de la symphyse et près de l'os hyoïde, est laissée ouverte dans sa partie moyenne, qui contient une petite mèche destinée à permettre le drainage de cette plaie.

Suites des plus simples. Aucun incident, malgré le voisinage de la bouche la suppuration par la plaie sus-hyoïdienne est extrêmement faible. Au bout de quelques jours, la muqueuse labiale et la muqueuse sublinguale se désu-

nissent en partie, laissant sous la langue une cavité bourgeonnante qui est régulièrement désinfectée et lavée.

Peu à peu cette cavité se comble. Au bout d'un mois, elle est comblée, il ne reste plus que quelques bourgeons charnus qui sont de temps en temps touchés au nitrate d'argent. Une fistulette qui persiste dans la région sus-hyoïdienne se tarit également.

Au 15 mai, c'est-à-dire quatre mois après l'opération, la cicatrisation est déjà depuis longtemps complète ; il n'y a aucune trace de récidive. La muqueuse buccale est saine, la région sus-hyoïdienne l'est aussi. Les mouvements de la mâchoire sont normaux, l'alimentation se fait bien ; seule la parole est un peu gênée, parce qu'il s'est établi entre la base de la langue et l'arc maxillaire une soudure qui nuit un peu aux mouvements de la langue et à l'articulation des mots.

En somme, le résultat est excellent.

Il est certain que le port d'un appareil prothétique quelconque n'eût jamais permis d'obtenir un résultat aussi beau, d'autant plus que rien n'empêcherait ce malade de porter un appareil qui ferait disparaître l'inconvénient qui résulte de la suppression de ses huit dents inférieures. Mais les avantages qui tiennent au maintien de la solidarité des deux moitiés des maxillaires sont incontestables.

D'autre part, la conservation de cet arc osseux si utile ne semble pas avoir nui au résultat de l'opération, puisque jusqu'ici aucune trace de récidive ne saurait être soupçonnée.

C'est donc un beau résultat qui m'engage à publier ce procédé, lequel pourra certainement, dans des cas assez nombreux, rendre des services importants.

II. — NOUVEAU PROCÉDÉ D'URANOPLASTIE APRÈS RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ATTEINT DE TUMEUR MALIGNE.

Par K. M. SAPIÈJKO,

Privat-docent de la Faculté de médecine de Kieff,
Chirurgien de l'hôpital pour les ouvriers[1].

Les chirurgiens connaissent très bien la situation pénible des sujets atteints d'une malformation congénitale de la voûte palatine et les inconvénients qu'une pareille malformation présente pour l'alimentation, l'articulation des sons, l'état de la muqueuse nasale et souvent pour l'état général du sujet. Même dans ces cas où l'accoutumance joue cependant un grand rôle, les malades s'habituant dès leur prime jeunesse à ce vice de conformation, on trouve très rarement une résignation complète. D'autant moins supportables sont pour les malades les malformations acquises de la voûte palatine, quoique les conséquences fâcheuses en soient au fond les mêmes. Les sujets qui en sont atteints se condamnent souvent au mutisme absolu, de peur que leur parole indistincte ne soit pas comprise. Ils ne peuvent pas prendre leur repas à la table commune, car les liquides peuvent s'écouler par les narines, les particules solides de l'alimentation peuvent, en tombant dans les fosses nasales, provoquer le réflexe de l'éternuement avec

1. Communication faite au VIe Congrès des Médecins russes à la mémoire de Pirogoff.

rejet par les narines d'aliments mastiqués. Ces accidents seuls suffisent déjà pour que la vie devienne une charge au malade auquel on a pratiqué une résection de la mâchoire, quoique les suites opératoires en soient très favorables, et très souvent il considère cette opération comme la cause essentielle du malheur. Dans beaucoup de cas une bonne prothèse peut apporter un soulagement relatif. Mais quand on a affaire à un malade de la classe pauvre, qui n'a pas le temps nécessaire à l'adaptation souvent très fidifcile de la prothèse, la conséquence de la perte de substance de la voûte palatine se fait sentir avec toute son intensité. De plus, après une opération pour une tumeur maligne, l'irritation mécanique et souvent chimique par la prothèse doit toujours être évitée autant qu'il est possible. On a en effet de plus en plus noté dans ces derniers temps le grand rôle que joue l'irritation mécanique parmi les autres causes prédisposant au développement des tumeurs malignes.

C'est pour éviter ces graves inconvénients, qu'on peut à juste titre imputer à la résection de la mâchoire supérieure en cas de tumeur maligne, que j'ai essayé de compléter tant soit peu cette opération. En enlevant le maxillaire supérieur d'un côté quelconque avec la moitié correspondante du voile du palais, on laisse la muqueuse de la joue le plus souvent intacte. Je me suis décidé encore en 1890 à utiliser cette muqueuse pour remplacer la perte de substance de la voûte palatine.

Cette autoplastie est faite de la façon suivante : on commence par disséquer la muqueuse buccale avec le muscle buccinateur, de haut en bas jusqu'au cul-de-sac gingival. On obtient ainsi un énorme lambeau triangulaire dont le bord supérieur est formé par la face externe de la gencive supérieure, enlevée avec la mâchoire ; le bord postérieur correspond à une ligne qui unit les dents de sagesse supérieure et inférieure. La base de ce lambeau repose sur le maxillaire inférieur. Disséqué dans des conditions indiquées, le lambeau est si grand qu'il recouvre largement et même au delà la perte de substance de la moitié de la voûte palatine.

Il s'agit maintenant de fixer ce lambeau (et ce point est le plus important), mobile par toute sa large surface, facile à déplacer par les mouvements de la langue, par l'air respiratoire, par le bol alimentaire, par les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche. Résoudre cette question de fixation du lambeau, c'est assurer les bonnes suites de l'autoplastie, et inversement. L'essentiel, c'est d'assurer une large surface de contact entre les bords du lambeau et ceux de la plaie. La perte de substance de la voûte palatine a une forme triangulaire et présente deux bords : un médian, c'est-à-dire celui par lequel a passé le trait de scie, et un postérieur, qui n'est autre que le bord du voile du palais réséqué. Notre lambeau a aussi une forme triangulaire et des bords correspondant à ceux de la plaie de la voûte palatine : un supérieur correspondant à la ligne médiane de cette voûte et un postérieur correspondant au bord postérieur de la plaie. On suture les bords correspondants entre eux.

Nous devons insister ici sur l'épaisseur et la constitution anatomique des différentes couches du bord postérieur de la plaie, c'est-à-dire du voile du palais sectionné.

En allant de bas en haut nous avons d'abord la muqueuse qui recouvre la face supérieure du voile du palais. Le bord est ici assez épais pour qu'on puisse y poser des points de suture en deux étages. Après avoir assujetti le sommet du lambeau muqueux disséqué dans l'angle de la plaie de la voûte palatine, on fixe par une série de points de suture le bord postérieur du lambeau au bord du voile du palais sectionné. C'est le premier étage aux limites postérieures du lambeau.

Voyons maintenant l'épaisseur et la constitution anatomique de la plaie palatine. De bas en haut on trouve la muqueuse qui recouvre la voûte palatine, la lame osseuse qui forme le squelette de cette voûte et qui était sciée longitudinalement, et enfin le bord de la muqueuse qui tapisse la cloison du nez et le méat inférieur. Nous avons donc ici une épaisseur encore plus grande et trois couches anatomiques, toutes très importantes pour l'autoplastie. Le rebord osseux donne en effet une résistance aux points de suture ; sur les deux couches muqueuses on peut appliquer ces sutures en deux étages. Pour l'application de ces points de suture on procède de la façon suivante : on perfore la lame osseuse à l'aide d'une vrille, en allant de la surface sciée vers la muqueuse palatine. Là où la voûte est très mince, on perfore la lamelle osseuse dans toute son épaisseur. On pratique huit ou neuf petits orifices le long du bord médian de la plaie palatine. On enfonce ensuite l'aiguille dans le bord supérieur du lambeau disséqué dans la muqueuse buccale, on fait passer cette aiguille par les trous pratiqués dans la lame osseuse et on la ramène au dehors à la surface de la muqueuse qui recouvre la voûte palatine. La description semble beaucoup plus compliquée que ne l'est l'exécution elle-même. L'application des points de suture se fait non pas par la bouche, mais par l'énorme cavité qui résulte de l'ablation du maxillaire, de sorte que cette partie de l'opération se fait aussi facilement qu'à la surface du corps. On applique l'étage inférieur des sutures sur le bord médian de la plaie. La fente médiane du palais est alors fermée. On pénètre ensuite à l'intérieur de la cavité au-dessus du palais ainsi formé.

La solidité de ce premier étage de sutures peut être douteuse ; aussi faut-il en appliquer un second, qui unit le bord de la muqueuse tapissant le méat inférieur et la cloison du nez avec la surface avivée de la voûte palatine qui vient d'être complétée. Cette série de points de suture peut se continuer jusqu'au voile du palais. Là le second étage de points peut unir le bord muqueux supérieur du voile sectionné avec la même surface avivée de la voûte palatine. La technique de l'application de ce second étage de sutures est des plus simples, grâce à l'énorme cavité formée dans la joue avant la suture des téguments. On saupoudre ensuite la plaie d'iodoforme, on applique un tampon lâche de gaze iodoformée sur la voûte palatine, et on ramène le bout de ce tampon par la narine correspondante. Alors seulement on procède à la suture des téguments.

Il semble au prime abord que la voûte palatine ainsi formée, privée de soutien osseux, puisse se déplacer en bas, en retrécissant ainsi les

dimensions de la cavité, et entraver peut-être l'articulation des sons. Une observation continue pendant six semaines suffit parfois pour se convaincre que ces craintes ne sont pas justifiées. La cloison muqueuse que je propose de faire, en s'unissant solidement avec la surface avivée des bords de la plaie, avec les tissus situés au-dessus de la voûte palatine nouvellement créée, prend très rapidement la forme concave de la voûte palatine normale et sert parfaitement à aider à la mastication et à la déglutition des solides et des liquides et à l'articulation des sons. L'opéré ne ressent même à ce point de vue aucune gêne, aucune différence d'avec l'état normal.

J'ai présenté au VI[e] Congrès, comme preuve à l'appui de mes assertions, deux malades, dont un opéré il y avait treize jours, et l'autre deux mois auparavant. Tous les deux parlent très distinctement ; l'alimentation n'est nullement gênée et les malades ne ressentent en général aucun symptôme anormal. Le premier de ces malades, un garçon de quatorze ans, était opéré pour un fibrosarcome du maxillaire supérieur. Or, on a tout espoir que l'opéré profitera pour très longtemps des bons résultats opératoires, le fibrosarcome du maxillaire supérieur étant une tumeur relativement très bénigne.

Dans mon second cas on avait affaire à un vieillard atteint également d'un fibrosarcome énorme du maxillaire. La tumeur a envahi l'os tout entier, la moitié correspondante de la voûte palatine et a pénétré dans l'orbite. Après la résection complète de toutes les parties atteintes, j'ai créé une voûte palatine par le procédé autoplastique décrit. Malgré l'âge avancé du malade, l'autoplastie a parfaitement réussi d'emblée, à tel point que, malgré l'absence des dents, la voûte palatine créée ressemble à une voûte parfaitement normale.

J'ai déjà mentionné plus haut que j'ai pratiqué cette opération pour la première fois en 1890. Une seconde fois j'ai eu l'occasion de la faire en 1891, puis plusieurs fois en 1892 et 1893, dans la clinique du professeur A. X. Rinek.

L'idée de cette opération est excessivement simple et il est possible que beaucoup d'autres chirurgiens aient essayé de l'exécuter. Je n'ai toutefois pas trouvé dans la littérature d'autre mention que celle de Bardenheuer, qui a voulu comme moi utiliser la muqueuse de la joue pour réparer la perte de substance de la voûte palatine après la résection du maxillaire pour une tumeur. Cette tentative n'a pas réussi, car les points de suture cédaient. L'auteur a remédié à cet inconvénient en doublant la muqueuse par un lambeau cutané emprunté au front. Ce n'est que par ce procédé compliqué que Bardenheuer a obtenu l'effet désiré, effet que j'ai obtenu par mon procédé très simple et qui ne défigure pas le malade. Le point essentiel de ce procédé est de pratiquer les sutures à travers la lame osseuse de la cavité intacte de la voûte palatine et de les appliquer en deux étages, en unissant les bords du lambeau muqueux avec la surface animée de la voûte palatine nouvellement créée [1].

(*Rev. de Chirurgie.*)

1. *Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. Chirurg.*, 1892. — *Arch. f. Kl. Chir.*, 1892.



REVUE DE L'ÉTRANGER

De la structure des dents.

Il résulte d'une étude due au Dr Röse, de Munich, que la structure des dents est d'autant meilleure que l'eau potable est plus dure et que le sol est plus riche en chaux et en magnésie. Au contraire, cette structure est d'autant plus mauvaise que l'eau potable est plus douce et le sol plus pauvre en chaux et en magnésie.

Notons que le Dr Röse signale dans son travail que ses recherches portent actuellement sur 20.000 examinés, représentant environ 500.000 dents.

Avulsion d'une dent a l'aide d'un anneau en caoutchouc.

Le Dr Storrer Benett, ayant à extraire une dent à un hémophile et redoutant avec raison une émission sanguine, employa un anneau élastique avec succès, quoiqu'il lui fallût plusieurs jours pour enlever la dent et que l'opération fût très douloureuse.

Ce moyen a été préconisé autrefois par Bourdet en 1757. Le Dr David, dans une plaquette intitulée *De l'Avulsion des dents par le procédé de la religieuse*, a passé en revue tous les moyens employés dans les couvents pour arriver à l'extraction des dents sans le secours des instruments ordinaires. Il y a signalé l'emploi des anneaux en caoutchouc. Ce moyen n'est donc pas nouveau, et si l'on ne voulait en accorder la priorité à Bourdet, tout au moins faudrait-il la donner au Dr David.

Traitement de la stomatite aphteuse.

1° Gargarisme.

Chlorate de potasse	4
Teinture de myrrhe	3
Eau distillée	200

En lavages fréquents dans la cavité buccale.

2° Potion.

Chlorate de potasse	
Eau distillée	90
Glycérine	10

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

(British Journal of Dental Science.)

Solutions stables d'eucaïne.

On obtient la stabilité des solutions d'eucaïne en les faisant bouillir.

La solution la plus couramment employée est à 5 o/o.

La solution à 9 o/o demeure stable; plus forte, l'eucaïne précipite.

(Dental Review.)

Lavage contre la fétidité de l'haleine.

Saccharine		0,35
Acide salicylique	ãã	0,15
Salol		
Vaniline		0,050
Alcool rectifié		85.

Une demi-cuillerée à café dans un demi-verre d'eau tiède plusieurs fois par jour.

(*British Journal of Dental Science.*)

Nettoyage de l'aluminium.

Pour rendre à l'aluminium sa couleur blanc gris, le laver dans un mélange de

Borax	30 grammes.
Eau	1 000 —
Ammoniaque	Qq. gouttes.

Points de fusion d'alliages.

Les alliages suivants fondent dans l'eau bouillante ou à une température moindre, savoir :

	Formule				
	Etain	Plomb	Bismuth	Cadmium	C.
Newton's	3	2	5	0	100°
Rose's	3	8	8	0	95°
Erman's	1	1	2	0	93°
Wood's	2	4	7	1	70°
Mellott's	5	3	8	0	93°
Harper's	4	4	7	1	80°

(*Pharmaceutical Journal.*)

Eugol.

L'eugol est un liquide composé de naphtol B, hamamélis, acide borique, eucalyptol et menthol, avec une faible quantité de glautéria et de thymol. Il a un goût assez agréable, il est très antiseptique, désodorant, il n'est ni irritant ni toxique.

Empoisonnement du a l'emploi de la cocaïne par la cataphorèse.

Le Dr Moore, de Francfort, cite un cas de symptôme d'empoisonnement qu'il affirme être dû à l'application de la cocaïne à la pulpe au moyen du courant électrique

Après des recherches complètes pour découvrir la cause de l'accident, il a été convaincu que le foramen apical était très largement ouvert, de sorte que la cocaïne a pénétré rapidement dans l'organisme.

(*British Journal of Dental science.*)

E. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG.

Affections des glandes salivaires.

M. Embaders. — Une de ces maladies les moins connues, c'est la « Sialodichitis fibrinosa ». Elle est constituée par la tuméfaction de la

parotide, accompagnée de rétention de la sécrétion salivaire, due à l'obturation des canaux excréteurs par des bouchons fibrineux ou purulents. Cette maladie est apyrétique. Voici un nouveau cas que j'ai observé dernièrement. Il s'agit d'une femme de 54 ans, qui depuis cinq ou six ans souffre de douleurs linguales et sous-maxillaires, douleurs qui, d'abord irrégulièrement espacées, surviennent aujourd'hui régulièrement tous les huit jours sous forme de crises. L'accès commence par une sensation de chatouillement très sensible et des douleurs cuisantes de la pointe de la langue et de la région sous-maxillaire, qui se tuméfie et présente une infiltration, par suite de la tuméfaction des glandes salivaires. Ces dernières se présentent dans la cavité buccale sous forme de manes blanches, qui, pendant la mastication, s'ouvrent et laissent écouler un liquide salin salivaire en grande abondance. Cette sialorrhée met ainsi fin à la crise, qui a une durée moyenne de trois jours. On trouve alors dans la région sous-linguale des filaments blancs de quelques centimètres de longueur. Au microscope on voit que ces filaments sont constitués par de la fibrine et ne contiennent point de bactéries. L'analyse chimique du liquide excrété a démontré qu'il s'agit bien de la salive et que sa composition chimique ne se distingue en rien de la salive normale, excrétée dans l'intervalle des crises. L'étiologie de cette affection, d'ailleurs très rare, est obscure. La malade ne présente aucune élévation thermique pendant les crises. Elle présente une cursion très mauvaise, de l'injection et de la tuméfaction des gencives, une dilatation variqueuse énorme des veines sous-linguales, des extravasations miliaires, autour des canaux excréteurs des glandes salivaires, phénomènes qui seraient plutôt la conséquence de la rétention salivaire.

(*Rev. méd.*)



Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE.

Mayer (J. A.) [1837-1897.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1054. — **Metlzer** (S. J.) On the closure of the glottis during the act of deglutition. Brit. M. J., Lond., 1897, ii. 1483. — **Metcalf** (F. H.) Dental jurisprudence. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v. 493-503. — **Mills** (W. A.) Pathologic conditions of the pharynx and contiguous structures during early childhood ; prime factors in the etiology of malformed maxillæ and irregular teeth. Dental Digest, Chicago, 1896, iii, 700. — **Moeser** (E.) Durchsichtige Glasfüllungen. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 487. — **Montgomery** (D. W.) Chancre of the lip probably acquired through the use

of a "rouge stick." Med. News, N. Y. 1897, lxxi, 730. — **Moore** (H. W.) The application of the electric railroad current to dental use. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v, 503-510, 1 pl. — **Morrison** (Wm. N.) [1897.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1054. — **Mracek**. Syphilisansteckung in der Mundhöhle. Spec. Path. u. Therap., ... Nothnagel, Wien, 1897, xvi, pt. 1, 247-259. — **Murier** (V. M.) Treatment of pulpless teeth. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 423-425. — **Newkirk** (G.) Shok. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 324-329. — **Olyntho**. Mal de Riga (papilloma sub-lingual infantil). Tribuna med., Rio de Jan., 1897, iii, 424-427. — **Oppenheimer** (S.) A study of the nares and pharynx in a case of hæmophilia N. York M. J., 1897, lxvi, 767 ; 802. — **Ortopedia** dental efectuada quirurgicamente, Rev. dent. amer., Phila., 1897, v. 186-186. — **Palmer** (S. B.) Combination fillings of gold and cement. Ohio Dent. J., Toledo, 1896, xvii, 555-557. Dr. G. V. Black's conclusions reviewed. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 789-796. — **Parker** (J. P.) Bleaching devitalized teeth with pyrozone. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v, 481-486 — **Parklyn** (H. A.) Suggestion in its relation to dentistry. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 914-922. — **Payne** (C.) The evolution of gold crowns. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v. 486-493. — **Payne** (R. E.) Replantation in pyorrhea alveolaris, with description of a method for correcting malposed teeth and splinting loose teeth in position until firm. Dental Cosmos. Phila., 1897, xxxix, 1005-1008. — **Peirce** (C. N.) Structural development. *Ibid :* 1000-1003. — **Pendl** (F.) Ueber ein congenitales Rhabdomyom der Zunge. Ztschr. f. Heilk. Berl., 1897, xviii, 457-468, 1, pl. — **Powell** (A.) The administration of chloroform with CO^2. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1479. — **Price** (W. A.) Phenomena of cataphoresis. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 582-589. — *Also, translation:* J. f. Zahnheilk., Berl., 1897, xii, n° 42. — **Radestock**. Zur Narkosenfrage. Therap. Monatsh., Berl., 1897, xi, 593. — **Raymond** (G. A.) Treatment of congenital cleft palate by mechanism. Boston M. & S. J., 1897, cxxxvii, 596. [Discussion], 600-602. — **Reed** (W. T.) [1897.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xxxix, 1054. — **Reid** (S. T.) A case of chloroform poisoning in wich nearly half a grain of strychnine was injected ; recovery. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1498. — **Rhein** (M. L.) Ueber die Behandlung des acuten und chronischen Alveolar-Abscesses. Cor.-Bl. f. Zahnarzte, Berl., 1897, xxvi, 330-336. — **Rickets** (M.) Removal of upper and lower jaws through the mouth without incision. Railway Surg., Chicago, 1897-8, iv, 537. — **Roach** (F. E.) A new method of bridge-work. Dent. Rev., Chicago, 1897, xi, 922-926. — **Rogers** (F. T.) The relationship of dental irritation to aural disease. Atlantic M. Weekly, Providence, 1897, viii, 389-392. — **Rose** (H.) Dental mechanics. Appliances and devices for the correction of dental irregularities. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 1062-1068. — **S** (L. D.) Treating wounds in the mouth. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 387. — **Sandusky** (F. R.) A successful method of tipping porcelain facings especially adapted to direct occlusion in crown and bridge-work. Items Interest, N. Y. 1897, xix, 914. — **Schreiber** (M.) Geschichte der operativen Kieferklemmentherapie. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 289-297. — **Scott** (J. A.) The preparation and colouring of lantern slides suitable for scientific demonstrations. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 697-701. — **Sehlbach** (A.) Die Geschichte der operativen Behandlung des Zungenkrebses, Memorabilien, Heibr., 1897, n. F., xvi, 129-135. — **Semi-centenary** of the introduction of chloroform as an anesthetic. Brit. M. J. Lond., 1897, ii, 1585. — **Senn** (N.) Treatment of chronic empyema of the antrum of Higmore by temporary osteoplastic resection of the anterior antral wall. Pacific M. J), San Fran., 1897, xl, 721-724. — **Smith** (B. H.) Dr. G. V. Black's conclusions

reviewied. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 814-816. — **Smith** (U. W.) The teeth ; their structure and comparative arrangement and uses. Dental J., Ann. Arbor., 1868, vii, 10-13. — **Steele** (W. H.) A new method for casting metal dies. Ohio Dent., J., Toledo, 1897, xvii, 553-555. — **Sullivan** (H. H.) Treatment and filling of root-canals. Dental Digest, Chicago, 1897, iii, 695-700. — **Todd** (F. C.) Some points relating to the oral cavity, the eye, ear, nose and throat. Dental Rev., Chicago, 1897, xi. 908-914. — **Tomes** (C. S.) Dr. G. V. Black's conclusions reviewied. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 781-785. — **Trueman** (W. H.) Ancient dentistry. Some errors in Dr. Ledyard's paper corrected. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 903-908. — **Truman** (J.) Dr. G. V. Black's and Dr. J. Leon Williams's conclusions reviewed. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 796-807. — **Tutt** (A. M.) Mechanics of bridges. Dental Digest. Chicago, 1897, iii, 692-695. Par., 1897, 2. s., xxix, 928-930. — **Waller** (A. D.), **Richet** (C.), **Lawrie** (E.), et al. A discussion on anæsthetics, the action of anæsthetics upon nerves ; ether and chloroform. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 1469-1479. — **Wedelstaedt** (E. K.) Some advance in the system of measurement. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 981-989. — **Wilkerson** (S. C.) [1839-1897.] (Obituary.) *Ibid*, 1053. — **Wolfe** (A. M.) Dentistry in Russia. Brit. J. Dent, Sc., Lond., 1897, xl. 1068-1073. — **Wolff** (J.) Ueber die Operation der doppelten Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Zwischenkiefer und Wolfsrachen. Berl klin.-Wchnschr., 1897, xxxiv, 1021-1024. — **Woodley** (Joseph R.) [1897.] In Memorian by W. W. H. Thackston. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxiv, 1052. — **Zander** (R.) Ueber das Verbreitungsgebiet der Gefühls-und Geschmacksnerven in der Zungenschleimhaut. Anat. Anz. Jena, 1897, xiv, 131-145.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

PLACEMENT DES OPÉRATEURS ET MÉCANICIENS-DENTISTES.

L'administration de l'**Ecole Dentaire de Paris** rappelle aux intéressés qu'il existe à l'Ecole un registre destiné aux « OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOIS ».

Le secrétaire-comptable se tient à leur disposition chaque jour, de 8 heures du matin à midi, pour inscrire les propositions ou les demandes qui lui sont faites et qui sont ensuite communiquées gratuitement aux intéressés.

PRIX HERBST.

Le Dr Herbst nous prie de porter à la connaissance des lecteurs de *L'Odontologie* que le prix de **1 000 fr.** à décerner à l'inventeur d'un moyen pratique d'insensibilisation de la dentine n'est pas encore attribué, aucun des médicaments indiqués n'ayant été suffisamment efficace. On doit envoyer le procédé à M. le Dr Zimmermann, dentiste de la cour, à Berlin W, Leipzigstrasse 39, ou directement à M. le Dr Herbst, à Brême.

Cela dit comme réponse aux demandes de renseignements adressées au Dr Herbst.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE.

Année scolaire 1897-98.

SESSIONS D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de Chirurgien-Dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1897-98, savoir : la première, le 8 novembre 1897 ; la deuxième, le 31 mai 1898.

I. — **Conditions d'admission**. — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions :

1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire**. — Les candidats produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ou antérieurement au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une École d'enseignement dentaire de France antérieurement au 1er novembre 1893 :

A ces pièces les candidats élèves des Ecoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de Bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 30 *juillet* 1886, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures*, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ;

2° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.*;

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations.** — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session	2° Deuxième Session
1er examen, les **25** et **26 octobre 1897**;	1er examen, les **16** et **17 mai 1898**;
2e examen, les **22** et **23 novembre 1897**;	2e examen, les **6** et **7 juin 1898**;
3e examen, les **20** et **21 décembre 1897**.	3e examen, les **27** et **28 juin 1898**.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — **Dates des examens.** — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session	2° Deuxième Session
1er examen, du **8** au **20 novembre 1897**;	1er examen, du **31 mai** au **4 juin 1898**;
2e examen, du **6** au **18 décembre 1897**;	2e examen, du **20** au **25 juin 1898**;
3e examen, du **10** au **22 janvier 1898**.	3e examen, du **11** au **23 juillet 1898**.

Paris, 20 septembre 1897.

Le Doyen de la Faculté :
P. Brouardel.

Le Comité de publication du Congrès dentaire de Paris s'est réuni dernièrement.

M. le Dr *Queudot*, en son nom et au nom de M. *Damain*, a retiré la démission qu'ils avaient adressée tous les deux à M. le Dr Lecaudey.

M. *Papot* a soumis les épreuves en feuilles du volume du compte rendu du Congrès. Après un échange d'observations, l'ordre du jour suivant a été adopté :

Le 5 mai 1898, le Comité de publication du Congrès de 1897, composé de MM. Damain [1], de Marion, Papot, Dr Queudot et Viau, s'est réuni chez M. le Dr Lecaudey et sous sa présidence.

Le Comité, après avoir pris connaissance des épreuves du volume du compte rendu du Congrès, a donné à M. Papot, son délégué, le bon à tirer et a voté des remerciements à M. Papot pour le zèle avec lequel il a mené à bien cette tâche difficile.

Signé : Em. Lecaudey,
G. Viau,
Dr Queudot.

---

1. M. Damain s'était fait excuser de ne pouvoir assister à la réunion.



VARIA

NAPOLÉON A SAINTE-HÉLÈNE.
SOUVENIRS DE BETZY BALCOMBE.

Le témoignage de cet auteur, qui était la fille d'un des officiers anglais chargés de garder l'Empereur, confirme une fois de plus que le héros d'Austerlitz redoutait moins le canon que le davier. Voici le passage : « Un jour, je trouvai l'Empereur moins gai qu'à l'ordinaire et lui en demandai le motif. Il me dit que le docteur O'Meara venait de lui arracher une dent et que l'opération avait été douloureuse. Je m'écriai : « Comment ! vous vous plaignez de la souffrance causée par une aussi petite opération, vous qui avez assisté à d'innombrables batailles et passé à travers une pluie de balles, vous qui avez été blessé plus d'une fois ! J'en ai honte pour vous. Mais peu importe ; donnez-moi cette dent, je la ferai monter en breloque par M. Salomon, et je la porterai en souvenir de vous [1]. » Cette idée le fit rire aux éclats, malgré sa souffrance, et il prétendit que ma dent de sagesse ne percerait jamais. Il était toujours content de lui quand il avait commis quelque jeu de mots. G. V.



NOUVELLES

Le docteur Napias, inspecteur des services administratifs du ministère de l'Intérieur, est nommé directeur de l'Assistance publique en remplacement de M. Peyron, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Une nouvelle industrie.

Les vieilles fausses dents sont, en vérité, encombrantes, car elles ne peuvent servir ni à leur ancien propriétaire ni à personne autre. On ne peut pas les donner et on hésite à les jeter, vu qu'elles ont coûté fort cher. A cette difficulté une maison anglaise a trouvé une solution : vous n'avez qu'à expédier par la poste ces intimes, déjà mises à l'écart, à MM. R.-D. et J.-B. Fraser, 5, rue Jehan-Véron, à Dieppe ; ils vous remettront un chèque du montant le plus élevé que l'on pourra donner vu l'estimation, et, si le prix offert ne vous convient pas, les objets

1. Le baron Stürmer, dans son rapport du 18 décembre 1817, écrit : « L'opération que Bonaparte s'est enfin décidé à subir en se faisant extraire une dent qui, depuis longtemps, lui causait les douleurs les plus aiguës, est remarquable en ce qu'elle est la première qui ait jamais été faite sur sa personne. »

vous seront retournés. Pourquoi conserver de telles choses, quand vous pouvez en faire de l'argent si facilement? (*Le Journal.*)

Nous avons reçu le compte rendu de la 14e réunion annuelle de l'Association nationale des écoles dentaires tenue à Old Point Comforte, Virginie (Etats-Unis), les 30, 31 juillet et 2 août 1897.

Cette association a déjà rendu de grands services à l'enseignement dentaire en Amérique. Il est regrettable qu'un groupement semblable n'ait pu encore se constituer en France, comme cela avait été proposé au Congrès de Bordeaux en 1895.

Assurance contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France qui s'assureront par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud*, officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 20, rue Scheffer, à Paris, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profiteront des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 o/o à l'intéressé ;
— versement de 3 o/o à la caisse de secours de l'Association.

Soit..... 10 o/o.

Conformément à l'avis ci-dessus, *M. T. Vinsonnaud* a versé les sommes suivantes à M. Rollin, Trésorier de l'Association générale, pour montant des 3 o/o de la première année des assurances contractées par son intermédiaire à la Compagnie *La Foncière-Transports-Accidents*, par les membres de l'Association :

	Primes payées	3 o/o
Novembre, décembre, janvier et février...	2.013 00	60 40
Mars..................................	156 35	4 70
Avril..................................	315 45	9 45
	2.484 80	74 55

TRIBUNE OUVERTE.

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

Plusieurs correspondants nous demandent d'insérer à nouveau les questions auxquelles il n'a pas été répondu ; nous le faisons volontiers et nous serions heureux que cette nouvelle insertion provoquât des réponses de nos lecteurs.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

? No 13. — *Quelle est la provenance de l'aluminium dont se sert* M. Telschow? *Quel est le procédé de soudure? Peut-on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire remontant à quelques années déjà?* *S.*

? Nº 16. — *On demande le nom de l'inventeur de la digue et les bibliographies françaises qui lui sont consacrées?*

Réponse. — La digue a été inventée par le Dr Barnum, de New-York, en 1865 ou 1866. M. M. B.

? Nº 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes créés par la vulcanisation?*

? Nº 18. — *Qui a dit, à la suite d'un grand nombre de narcoses chloroformiques heureuses:* « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais » *et où trouver les commentaires qui ont accompagné les échecs survenus au même?*

? Nº 19. — *Existe-t-il à Paris, en dehors des maisons de fournitures, un retailleur de fraises déjà employées?*

? Nº 28. — *Où trouve-t-on des formules de bonnes* pâtes dentifrices? *A défaut, prière d'en donner quelques-unes?* *H. V.*

? Nº 31. — *Quelqu'un peut-il donner les résultats obtenus depuis un an par le nouveau* ciment Telschow? *E. D.*

? Nº 32. — *Nos confrères ont-ils obtenu un meilleur résultat que moi avec* l'or Solila? *Depuis un an, huit ou dix obturations faites avec cet or ont complètement disparu ou sont douteuses.* *E. D.*

? Nº 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs et pour les conserver ainsi jusqu'au moment de leur emploi?*

LI-GA-MAN.

? Nº 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? Nº 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller aux congrès de* Marseille *et de* Lyon?

? Nº 64. — *A qui faut-il s'adresser pour les examens officiels conférant le titre de chirurgien-dentiste? A quelle date auront lieu ces examens et où se passent-ils?*

G. C.

Réponse. — Les examens auront lieu dans le courant de juin, à la Faculté de médecine. S'adresser au secrétaire de la Faculté. (Voir *Documents professionnels.*)

E. P.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

CONSEIL DE DIRECTION.

Réunion du mardi 16 *novembre* 1897.

Présidence de M. LEMERLE, vice-président, puis de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures trois quarts.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Löwenthal, de Marion, Martinier, Papot, Prével, Sauvez, Viau.

M. Bioux s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Martinier donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

Il donne également lecture de lettres de la préfecture de la Seine, du

directeur de l'enseignement supérieur et de l'amphithéâtre de dissection et indique les réponses qui y ont été faites.

Il donne enfin lecture de la correspondance parvenue depuis la dernière réunion du Conseil, notamment d'une demande de l'élève L. tendant à reporter sur la scolarité 1898-99 le montant des droits versés pour 1896-1897. (Accordé.)

Il communique des demandes d'admission dans la Société formées par MM. Brigiotti et Toulouse, présentés par MM. Viau, Lemerle et Sauvez. (Renvoyé au conseil de famille.)

Une demande de dépôt d'affiches à l'école est renvoyée au journal.

M. Martinier lit une lettre de l'élève G., demandant à être admis à concourir pour le prix de clinique.

Après discussion entre *MM. Papot*, *Stévenin*, *de Marion*, *Viau*, *d'Argent*, *Godon* et *Martinier*, il est fait droit à la demande de cet élève.

M. Martinier lit une lettre par laquelle M. Fache donne sa démission. (Accepté.)

Une demande de l'élève P., tendant à son admission en troisième année, est renvoyée à la Commission scolaire.

Le projet d'affiche présenté par *M. Martinier* pour l'année scolaire 1897-98 est adopté.

M. Godon annonce la mort de M. Sicard, de Poitiers, membre de la Société. M. Fayoux, de cette ville, est délégué par le Conseil pour le représenter aux obsèques et adresser à la famille l'expression de ses regrets.

M. Papot propose l'admission en troisième année des élèves irréguliers Costa Palmeira, Passirani, Florentin, Gaumerais ; en première année, des élèves irréguliers Kelsey, Vanderbiest, Vauviller, Grapin, de Paëpe, Vigo, Schmide. (Adopté.)

M. d'Argent expose diverses combinaisons financières permettant l'achat de l'immeuble de la rue de La Tour-d'Auvergne.

Des observations sont présentées par *MM. Godon* et *de Marion*, après quoi le projet est pris en considération et renvoyé au bureau pour étude.

Un prix est offert par M. Kölliker pour la séance d'inauguration. Des remerciements sont adressés au donateur.

Sur le rapport du jury de concours présenté par *M. Prével*, M. Weber est nommé démonstrateur.

Une demande de modification des points au concours de chef de clinique, présentée par *M. Bonnard* au nom de la Commission scolaire, est adoptée.

Un concours de chef de clinique est décidé ; il aura lieu du 20 au 30 janvier ; la date en sera fixée ultérieurement.

Le tableau de service pour l'année scolaire 1897-98 est approuvé.

M. Godon rend compte des démarches qu'il a faites pour organiser l'enseignement pratique dans les hôpitaux, démarches qu'il continuera.

Le principe de l'organisation de cet enseignement est adopté.

Le rapport présenté par *M. Papot* au nom de la Commission scolaire est approuvé.

M. Bonnard présente un modèle de meuble, qui est adopté en principe, ainsi qu'un modèle de têtière, qui sera mis à l'essai sur douze fauteuils.

La séance est levée à minuit un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

Séance du mardi 30 *novembre* 1897.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, Martinier, de Marion, Monnet, Papot, Prével, Stévenin, Viau.

M. Martinier donne lecture du procès-verbal, qui est adopté après une observation de lui-même et une autre de *M. Papot.*

M. Godon dépose sur le bureau la statistique des opérations du mois et le dossier relatif aux constructions, et donne lecture d'une lettre du ministère de Commerce annonçant la promulgation de la récompense obtenue par l'école à l'Exposition de Bruxelles.

M. Godon dépose également la feuille de présence des employés, ainsi que la liste des présences et des absences du corps enseignant ; il propose de renvoyer cette dernière à la Commission d'enseignement. (Adopté.)

Il lit une lettre de M. Jeay, demandant à ne pas être représenté comme membre du Conseil lors des élections.

M. Martinier lit une lettre de démission de M. Thomson.

Il lit également une lettre de M. Weber, qui est communiquée à la Commission d'enseignement. M. Weber est nommé démonstrateur du vendredi.

Il lit aussi une lettre de M. Fayoux, délégué aux obsèques de M. Sicard. Il est voté une dépense de 25 francs pour l'achat de la couronne déposée sur le cercueil de ce dernier et décidé que dorénavant la somme à voter en pareil cas sera toujours de 25 francs.

M. Martinier communique une demande de bourse formée par M. Fabret, et *M. Godon*, une autre formée par M. Trépan, mécanicien. Après un échange d'observations entre *MM. Papot, Godon, d'Argent* et *de Marion*, il est décidé, sur la proposition de *M. Martinier*, de renvoyer l'examen de ces deux demandes après le vote du projet relatif aux mécaniciens.

M. Godon propose de renvoyer à la Commission d'enseignement les modifications au règlement des bourses accordées par la ville de Paris. (Adopté.)

M. Martinier donne lecture du tableau de service modifié et en demande l'adoption.

Une discussion s'engage au sujet de la création d'une clinique d'anesthésie ; *MM. Godon, Bonnard, Viau, de Marion, Martinier, Papot, Monnet, d'Argent* et *Lemerle* y prennent part. Il est décidé finalement, sur la proposition de *M. Papot*, de charger M. Sauvez, pour l'année scolaire 1897-98, de faire des démonstrations cliniques d'anesthésie, le samedi matin.

Adoption du tableau de service.

M. d'Argent est autorisé également à faire des démonstrations sur les réfrigérants, le dimanche matin.

Une demande de M. Léger-Dorez tendant à faire des démonstrations d'émail fondu est renvoyée à la Société d'Odontologie.

M. Godon donne lecture du rapport présenté par M. Sauvez au nom de la Commission permanente du corps enseignant. (Adopté à l'unanimité.)

M. Maury est admis comme élève libre.

Une dispense d'âge est accordée à M. Richard-Chauvin fils.

Admission de M. Brigiotti comme membre de la Société.

M. Papot donne lecture de la liste d'attribution des récompenses, qui est adoptée, après observations de lui-même et de *MM. Martinier* et *Stévenin.*

M. Bonnard propose, au nom de la Commission d'enseignement, l'ouverture : 1° d'un concours pour la nomination de trois chefs de clinique ; 2° d'un concours pour la nomination d'un chef des travaux pratiques d'histologie et de bactériologie. Il donne lecture des programmes et conditions du concours, qui sont adoptés, ainsi que la date.

MM. Grimbert, Blocman, Marié et le directeur de l'Ecole sont nommés membres du jury.

M. Prével est nommé délégué du Conseil au concours.

Sur la proposition de *M. Martinier*, M. Huguet est adjoint au Conseil technique.

Le bureau est autorisé à envoyer aux membres de la Société le projet de souscription.

La séance est levée à minuit un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

Réunion du 21 *décembre* 1897.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

Sont présents : MM. Bonnard, Lemerle, Löwenthal, de Marion, Martinier, Papot, Prével, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. d'Argent s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Martinier donne lecture du procès-verbal, qui est adopté après rectification portant sur l'approbation des programmes, des conditions et dates de concours proposés par M. Bonnard.

Il lit une lettre de M. le Dr Friteau qui, après observations de *MM. Lemerle* et *Godon*, est renvoyée à la Commission d'enseignement, avis en étant donné à son auteur.

Un congé d'un mois est accordé à M. Sauvez, sur sa demande.

M. Martinier lit une lettre de remerciements de M. Brigiotti ; une demande de l'élève Garcin tendant à sa nomination comme aide-préparateur du cours de thérapeutique (Adopté) ; une lettre de M. Hu-

guet acceptant de donner *gratuitement* son concours au Comité technique. Des remerciements sont votés à M. Huguet.

M. Martinier communique une lettre par laquelle M. Damain transmet un document.

Il donne la nomenclature des demandes de renseignements qui sont parvenues et auxquelles il a été répondu, ainsi que d'une demande des élèves de deuxième année relative à l'horaire du cours de bactériologie. Après observations de *MM. Bonnard* et *Papot*, le maintien de l'horaire est décidé.

Un crédit de 225 francs, demandé par *M. Martinier* pour le laboratoire de prothèse, est voté.

M. Martinier annonce que le bureau a choisi la date du 28 décembre pour l'assemblée générale. (Adopté.)

Après observations de *MM. Bonnard, Godon, Viau, Sauvez* et *Martinier*, et sur la proposition de ce dernier, le Conseil décide que les membres du bureau actuel qui seront réélus conserveront la responsabilité et la direction de la séance d'inauguration et ne remettront leurs pouvoirs que le lendemain de celle-ci, sauf approbation de l'assemblée générale.

M. Martinier fait connaître que l'ordre du jour a été ainsi réglé : procès-verbal, correspondance, rapport du secrétaire général, rapport du trésorier, élections, modifications au règlement, propositions diverses.

L'ordre du jour ainsi réglé est approuvé.

Le concours de chefs de clinique et de pathologie générale est reculé au 24 janvier. Le programme du concours sera envoyé aux journaux médicaux ; il est adopté en ce qui concerne la pathologie générale.

Après avis formulé par *M. Stévenin* au nom du Conseil de famille : 1° M. Toulouse est admis membre de la Société ; 2° il est décidé d'intenter une action à un dentiste se servant indûment du titre de diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Bonnard présente un système d'articulation pour daviers.

Un crédit de 150 francs est ouvert pour l'achat de daviers de ce genre.

M. Papot propose, au nom de la Commission scolaire,
l'admission en troisième année de M. Christo-Hadgi ;
— en première année de MM. Méier et Gras } à titre d'élèves
— troisième — M. Pernot } irréguliers.
Adopté.

Il propose également de fixer au 4 janvier les examens préparatoires de première année. (Adopté.)

La séance est levée à minuit un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

18e ANNÉE. N° 10. 30 MAI 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

L'ORTHOFORME ET LE CHLORHYDRATE D'ORTHOFORME EN ART DENTAIRE

Par M. E. BONNARD,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 3 mai 1898).

I

L'orthoforme est l'éther méthylique de l'acide p-amido m-oxybenzoïque ; il a pour formule $C^8 H^{10} O^3Az$; c'est un produit de synthèse, dû au professeur Einhorn et au Dr Heinz, de Munich. Il se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline, blanche, légère, sans odeur ni saveur ; il est très peu soluble dans l'eau (1 p. 200 environ) ; la solution chauffée peut en dissoudre davantage ; mais en refroidissant, une partie du produit se recristallise en belles aiguilles le long du flacon. Il est aussi soluble dans l'alcool, l'éther, la glycérine. Il n'est pas soluble dans l'huile. Il n'est ni toxique ni caustique.

L'orthoforme donne avec l'acide chlorhydrique une combinaison qui cristallise bien : le chlorhydrate d'orthoforme. Malheureusement le chlorhydrate d'orthoforme est un peu acide et assez irritant pour les muqueuses. Nous passons sur les considérations chimiques de l'orthoforme pour lesquelles la compétence nous manque ; elles n'entreraient pas d'ailleurs dans le cadre de cette communication.

II

L'orthoforme est un anesthésique puissant ; mis en contact avec les terminaisons nerveuses, il produit l'anesthésie en les paralysant, mais n'agit pas au travers de l'épiderme. Il calme la douleur, employé en poudre ou en pommade, dans les surfaces ulcérées, les pertes de substances, les plaies. Kallenberger et Klaussner ont obtenu par ce moyen une action anesthésique qui s'est prolongée en moyenne pendant 30 heures dans les blessures récentes, lésions causées par des machines, brûlures, ulcères de la jambe, etc.

Lichtwitz l'a trouvé supérieur à la cocaïne dans la rhinite vaso-motrice ; par contre, il a constaté avec Sabrazès, de Bordeaux, que dans les tissus délicats, tels que la cornée et la conjonctive, et bien qu'il ne soit pas toxique, il provoque de vives douleurs, employé à l'état pur, de sorte que son emploi n'est possible en thérapeutique oculaire que sous la forme de pommade (10 o/o).

L'orthoforme a été employé dans la carie des dents, et Klaussner a vu la douleur disparaître 3 à 5 minutes après l'application. Il est bien certain que dans ces cas il s'agissait de dents à pulpe exposée, car sur une dentine le résultat aurait été nul.

Où son action paraît mieux indiquée, c'est dans les douleurs post-opératoires de l'extraction des dents. Dans cinq cas d'extractions de dents affectés de kystes radiculaires, opérations qui occasionnent toujours ou presque toujours des douleurs violentes pouvant durer 20 minutes et plus,

nous avons appliqué à l'aide de coton une forte dose d'orthoforme en poudre qui a été enfoncé dans l'alvéole aussi profondément qu'il était possible, l'anesthésie s'est produite 2 à 3 minutes après, la douleur n'est plus reparue.

Nous l'avons également appliqué en poudre dans deux cas de gingivite très douloureuse, avec décollement du bourrelet gingival. La faible pression de l'instrument employé pour l'ablation du tartre occasionnait au malade une vive douleur qui le faisait bouger et augmentait celle-ci. Une large application d'orthoforme en poudre sur toute la muqueuse nous permit dans les deux cas de continuer, sans que le malade se plaignît de nouveau.

Un malade atteint d'un cancer ulcéré de la face vit ses douleurs cesser à la suite d'une application de 50 grammes d'orthoforme en poudre par semaine.

Neumeyer l'a essayé dans diverses catégories de maladies : 1° dans les pertes de substances des voies respiratoires ; 2° en tant que remplaçant de la cocaïne, comme anesthésique local ; mais la faible solubilité de l'orthoforme amorphe ne semble pas lui avoir réussi.

Le Dr P. S. Young, dans le *British medical journal* du 5 février 1898, a recommandé l'orthoforme dans diverses formules, et particulièrement par parties égales d'alcool rectifié et d'eau, pour le badigeonnage des ulcérations nasales et laryngées ; mais il déclare que l'action de cet agent sur les muqueuses de la bouche, du pharynx et du larynx, ne donne pas une anesthésie suffisante pour permettre une action chirurgicale. Il l'a employé chez 18 malades ; dans un cas d'ulcère de l'estomac, un soulagement a été obtenu pendant trois heures ; dans un cas de cancer de l'estomac, le soulagement a duré 12 heures.

Le Dr Noguès (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 4 *avril* 1898), au sujet de sa non-toxicité écrit que « le doute ne saurait être admis ; que certains chirurgiens et ophtalmologistes l'ont employé à des doses considérables sans qu'on ait eu à déplorer non seulement

une mort, mais même une de ces alertes si fréquentes avec la cocaïne. »

L'action anesthésique de l'orthoforme est dès à présent bien nettement établie, et tous les cas dans lesquels il a été employé prouvent, en même temps que son action anesthésique, sa non-toxicité comme sa non-causticité.

Il n'aurait pas d'ailleurs été supporté dans les surfaces avivées des plaies s'il en était autrement.

Les expérimentateurs semblent avoir préféré l'orthoforme neutre à son chlorhydrate et n'avoir en tout cas employé le premier qu'en pommades ou en solutions destinées à servir de badigeonnages. Nous avons mis à contribution toute la littérature médicale et professionnelle depuis l'apparition de ce produit et nulle part je n'ai trouvé ce médicament employé sous d'autres formes. Le chlorhydrate d'orthoforme jouit cependant des mêmes propriétés anesthésiques que l'orthoforme ; mais il est à réaction acide, et cette particularité désavantageuse pour lui a pu l'écarter de la clinique.

Néanmoins, son action anesthésique étant certaine, il était intéressant de rechercher les services que l'art dentaire pourrait en retirer au point de vue de l'extraction des dents, sa non-toxicité étant déjà un sûr garant que les accidents de la cocaïne, rares il est vrai, mais si redoutés de certains opérateurs, ne se produiraient pas. Dans ce but nous avons fait, dans le service de clinique dont nous sommes chargé à l'Ecole dentaire de Paris, une série d'expériences avec le chlorhydrate d'orthoforme employé en injections sous-gingivales, les premières qui aient été faites. On a bien administré par la voie hypodermique de l'orthoforme à un chien (3 grammes dans la cuisse, pendant qu'il en absorbait 6 grammes par l'estomac) ; mais c'est avec l'orthoforme neutre et non avec son chlorhydrate.

III

Des expériences ont été faites sur des animaux dans le but de déterminer approximativement la dose mortelle,

puis sur l'homme pour déterminer la dose et la solution anesthésiques suffisantes pour extraire les dents, ainsi que le temps d'attente entre la dernière piqûre et l'opération elle-même. Dans ce but, des injections ont été faites dans la gencive avec des solutions variant entre 1 o/o, 2 o/o, 3 o/o, 4 o/o, 5 o/o avec des temps d'attente pour chaque solution, de 1'; 2'; 3'; 4'; 5'; ces solutions ont été préparées par M. Vicario, pharmacien de 1re classe, et par conséquent étaient aussi aseptiques qu'il est possible. Je le remercie ici de tout le mal qu'il s'est donné et de la collaboration précieuse qu'il m'a apportée. Chaque solution a été essayée séparément avec les différences de temps que nous venons d'indiquer.

Les résultats suivants ont été obtenus sur les animaux :

1° Un cobaye de 320 grammes a reçu dans la peau du ventre une injection de 5 c.c. d'une solution à 5 o/o. Ulcération le lendemain et pendant plusieurs jours au point d'inoculation.

2° Un cobaye de 300 grammes a succombé à l'injection de 4 c.c d'une solution à 5 o/o sous la peau.

3° Un cobaye de même poids a reçu 5 c.c de solution à 5 o/o dans *le péritoine* ; il est mort en 3 ou 4 minutes.

4° Un cobaye a reçu 8 c.c de solution à 5 o/o dans le péritoine ; mort rapide.

5° Un lapin de 2 kilogrammes a reçu 1 c.c. dans la veine de l'oreille, est resté bien portant et n'a rien présenté de particulier.

6° Un lapin a reçu 7 c.c. dans la veine de l'oreille ; il est mort presque aussitôt après l'injection.

Ces résultats ne peuvent être invoqués pour établir des comparaisons de l'animal avec l'homme. En effet, telle substance douée de propriétés ulcératives ou toxiques dans des proportions déterminées chez l'animal, pourra bien n'en avoir aucune pour l'homme et inversement. Je n'en veux pour exemple que la morphine qui est toxique à des doses minimes chez l'homme et qui est supportée par les lapins à des doses extraordinairement supérieures ; mais si nous rap-

prochons de ces expériences celles qui ont été tentées pour la cocaïne et la tropacocaïne nous voyons que 1 c.c. d'une solution à 4 o/o de tropacocaïne a amené la mort d'un cobaye en 10 minutes (Viau); qu'une injection de 1 c.c. de chlorhydrate de cocaïne à 5 o/o tue un cobaye et que, pour amener la mort du même animal, il a fallu injecter 4 c.c d'une solution à 5 o/o de chlorhydrate d'orthoforme.

Si nous prenons maintenant le lapin, il faudra o gr. 25 de chlorhydrate de cocaïne pour en tuer un kilogramme, et encore est-ce par voie stomacale, et *un centigramme* pour le même poids injecté dans la veine de l'oreille, tandis qu'il est nécessaire d'injecter 17 centigrammes de chlorhydrate d'orthoforme par kilogramme d'animal dans la veine de l'oreille d'un lapin pour amener la mort.

Sans vouloir généraliser, nous croyons qu'il est permis d'en déduire une non-toxicité en faveur du chlorhydrate d'orthoforme vis-à-vis de la tropacocaïne et de la cocaïne; mais ces expériences rapides ne permettent pas d'en déduire une physiologie certaine; elles sont continuées et nous espérons pouvoir bientôt vous en donner les résultats complémentaires.

IV

Comme nous l'avons fait remarquer, les solutions destinées à déterminer la dose anesthésique de chlorhydrate d'orthoforme ont été fractionnées depuis 1 centigramme jusqu'à 5 centigrammes par centimètre cube; 46 observations ont été ainsi recueillies; on les retrouvera dans le tableau suivant.

Il en résulte qu'une injection de 1 c.c. de chlorhydrate d'orthoforme à 2 o/o suffit à anesthésier profondément les muqueuses pour qu'on puisse les traverser au bout de 2′ avec des instruments tronqués sans manifestation douloureuse, et qu'une injection de 1 c.c. à 5 o/o permet dans la majorité des cas d'extraire des dents sans qu'aucune douleur soit ressentie par le malade.

La zone anesthésiée, à partir de la solution à 2 o/o, peut être représentée par le volume d'un cône renversé dont la base, mesurant 2 à 3 centimètres de diamètre, serait à la périphérie du point d'opération, et la pointe du cône dans l'épaisseur des tissus, la profondeur anesthésiée de la base à la pointe ayant 1 centimètre de profondeur, parfois plus.

La durée peut être, selon les doses, de 15 à 20 minutes après la dernière piqûre, mais peut être prolongée de beaucoup par de nouvelles injections à 1 o/o sans aucun inconvénient, puisque l'opération n° 35 montre un malade qui a reçu 12 centigr. 1/2 de chlorhydrate d'orthoforme.

Sur les 46 observations qui ont été prises tant à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris qu'en dehors de cette école, aucun cas d'intoxication générale n'a été observé, malgré des doses qui seraient considérées comme élevées avec d'autres anesthésiques locaux. L'observation 35 en est la preuve. Il a été injecté 2 centimètres cubes 1/2 d'une solution à 5 o/o en vue de trois extractions à sièges différents sans que rien ait pu faire supposer une intoxication quelconque. Une malade a été examinée par le Dr Antonelli au point de vue de l'appareil oculaire avant l'injection (obs. n° 30), et 5′ après elle n'a présenté aucune modification du côté de la pupille ; l'opération faite 20 minutes après la dernière piqûre et après l'examen oculaire n'a pas été sentie par la malade ; les urines émises après ont été analysées, on n'a pu y reconnaître le chlorhydrate d'orthoforme faute d'un réactif sensible.

Mais si le nouvel anesthésique n'est ni toxique ni caustique, il a procuré dans quelques cas des ennuis passagers pour le patient, sous la forme d'une légère fluxion de la région, puis une série d'eschares qu'on doit attribuer à la réaction acide du produit. L'eschare n'est d'ailleurs pas plus étendue que celles constatées avec la cocaine au début de l'emploi de cet anesthésique, et la fluxion se termine d'elle-même au bout de deux à trois jours.

Ces fluxions n'ont existé que dans la période de début

des essais et ne se sont pas représentées, grâce à la mise en pratique des bains de bouche très chauds conseillés par M. Papot. Mais, je le répète, elles n'ont aucun caractère de gravité et ne se sont pas toujours produites.

L'injection d'un centimètre cube de liquide doit être divisée en un aussi grand nombre de piqûres que le permettra la gencive (3 ou 4 de chaque côté). En logeant d'un seul coup de piston toute la solution contenue dans la seringue on risque d'entraîner des phénomènes de mortification du tissu. Il sera sage d'ailleurs de n'injecter d'abord que quelques gouttes de la solution et d'attendre quelques secondes. Il se produit tout de suite une légère brûlure, qui cesse aussitôt ; alors on peut recommencer par petites fractions l'injection du restant de la seringue.

On injecte d'abord la moitié du contenu de la seringue à la partie palatine ou linguale, et l'autre moitié à la partie externe, en cernant la dent à extraire comme pour la cocaïne. En fractionnant la dose le plus possible on évite la mortification du tissu dans le plus grand nombre des cas. On attend ensuite 5 minutes avant d'opérer, et cela à partir de la dernière piqûre.

Conclusions.

1° L'*orthoforme* est un anesthésique local employé en poudre ou en pommade. *En art dentaire* il est susceptible d'être utilisé en poudre, dans tous les cas où il peut être mis en contact avec les terminaisons nerveuses : douleurs post-opératoires de l'extraction des dents, gingivites, érosions des muqueuses causées par les appareils dentaires. Il n'est ni caustique ni toxique.

2° Le *chlorhydrate d'orthoforme* est un anesthésique local au même titre que le précédent, qui peut être employé en injections intradermiques de façon à le mettre en contact avec les terminaisons nerveuses. A partir de 2 0/0, il pro-

cure une anesthésie suffisante pour les opérations portant sur les muqueuses.

3° En art dentaire, pour l'extraction des dents, 1 c.c. d'une solution à 5 o/o donne une anesthésie plus profonde que la cocaïne et qui se prolonge dans la majorité des cas 15 à 20 minutes après la piqûre. Il ne paraît pas avoir d'action sur la périostite. Il n'est pas toxique ; mais sa réaction acide en fait dans certains cas, chez les anémiques par exemple, une contre-indication. L'acidité du produit, quoique faible, peut amener une petite eschare de la gencive au point d'injection.

4° On a recommandé aux malades opérés avec la solution à 5 o/o des bains de bouche fréquents et prolongés aussi chauds qu'il sera possible avec de l'eau phéniquée à 1 o/o ou boriquée.

5° La dose mortelle chez les animaux est de 14 à 15 fois plus élevée que pour la *cocaïne* et la *tropacocaïne*.

Qu'il nous soit permis en terminant d'exprimer le regret que son acidité ait occasionné quelques légères eschares, assez rares et quelques fluxions bénignes. Le chlorhydrate d'orthoforme n'en est pas moins un anesthésique précieux, sans action sur le système nerveux central et qui devra être préféré à la cocaïne et la tropacocaïne dans tous les cas ou ces deux anesthésiques seront contre-indiqués.

Comme produit nouveau, il devait être étudié dans cette Ecole avec toute l'impartialité que nous avons recherchée. Espérons que la légère acidité que nous avons signalée pourra être supprimée ; nous pourrons alors vous en entretenir à nouveau et peut-être sera-t-il le meilleur anesthésique local capable d'être substitué à la cocaïne et à la tropacocaïne, qui toutes deux ont une action générale.

LES CONTRE-INDICATIONS DE L'ANESTHÉSIE LOCALE

Par M. le Dr Maurice Roy,
Dentiste des hôpitaux,
Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 3 mai 1898.)

La discussion sur l'anesthésie a déjà occupé plusieurs séances et je ne pensais pas avoir à vous entretenir encore de ce sujet, après tout ce qui a été dit durant cette discussion qui a soulevé des controverses si passionnées.

Cependant, en relisant le rapport de mon collègue Sauvez et le compte rendu des séances que vous avez consacrées à sa discussion, il me semble que la question n'a pas été placée sur son véritable terrain et qu'elle s'est égarée dans des généralités où chacun s'est engagé dans un sens ou dans l'autre suivant ses préférences personnelles.

C'est pourquoi je vous demande la permission de revenir ce soir sur ce sujet, qui est loin d'avoir été épuisé, pour examiner un point laissé à peu près à l'écart dans ce long débat et qui cependant, selon moi, est un facteur capital dans cette importante question du choix d'un anesthésique : je veux parler des contre-indications à l'anesthésie locale, quel que soit l'agent employé, réfrigération ou cocaïne.

En effet, un point me paraît avoir été mis hors de conteste par les divers membres qui ont pris part à la discussion: ce sont les avantages de l'anesthésie locale *quand on peut l'employer*. Cela se conçoit, car ce mode d'anesthésie présente des avantages inappréciables, bien établis par Reclus à propos de la cocaïne, et l'on peut étendre à tous les modes d'anesthésie locale ce qu'il dit à propos de celle-ci : « Avec l'anesthésie locale le danger est moindre ; il y a absence de vomissements et de choc, atténuation ou disparition des douleurs post-opératoires ; ce mode d'anesthésie est d'une application plus facile; la perte de temps est moins

considérable et on a la possibilité de se passer d'aide. »

Ainsi que je le disais dans mon petit *manuel d'anesthésie*, « ces considérations, bien que formulées au point de vue de la chirurgie générale, s'appliquent parfaitement, sauf quelques petites variantes, à la chirurgie dentaire », et encore convient-il d'y ajouter cette autre considération importante, que je signalais également : « les mauvaises conditions dans lesquelles on se trouve quand on pratique l'extraction d'une dent avec l'anesthésie générale, alors que le malade ne réagit plus et que sa tête cède sans résistance aux pressions exercées ».

Donc sur ce point, accord parfait, si je ne me suis pas laissé abuser par le compte rendu que j'ai lu. Mais, où cet accord cesse, c'est en ce qui concerne la nécessité d'employer l'anesthésie générale, les uns la proscrivant toujours, d'autres en recommandant un emploi restreint, d'autres enfin en préconisant un emploi fréquent, *l'anesthésie locale étant*, de l'avis unanime, *l'anesthésie de choix dans tous les cas où on peut l'employer avec succès.* A quoi tiennent ces divergences ? Elles ne peuvent être dues à des préférences de malade, car celles-ci, dans une question aussi importante, doivent être reléguées au dernier plan ; elles ne peuvent tenir qu'à des divergences sur les contre-indications de l'anesthésie locale. Ce sont donc celles-ci qu'il faut discuter puisque c'est là, croyons-nous, la clef de la question qui divise les partisans des différentes manières de faire en présence.

A examiner impartialement les faits, je ne crois pas qu'il soit permis d'affirmer actuellement que l'anesthésie locale, par les différents procédés à notre service, est applicable avec succès dans tous les cas indistinctement.

Sans doute il est possible de l'*employer* dans tous les cas ; mais cet emploi n'est justifié qu'autant qu'il est couronné de succès ou qu'il a des chances de l'être, sinon c'est se jouer de son patient en lui promettant une abolition de souffrance qu'on sait à l'avance ne pouvoir lui donner, procédé de mise avec des enfants, mais qui ne

peut entrer en considération dans une discussion scientifique.

Il existe donc, même de l'avis des partisans les plus absolus de l'anesthésie locale, des cas où aucun des procédés mis en œuvre pour produire cette anesthésie ne pourra donner le résultat cherché : la suppression absolue de la douleur. Ce sont ces cas qu'il faut préciser, autant que peuvent le permettre les variabilités cliniques.

Nous n'insisterons pas sur les contre-indications d'ordre général, car si la cocaïne par exemple est contre-indiquée chez les anémiques avancés et chez les débilités, chez les grands nerveux, les cardiaques et les aortiques, l'anesthésie générale à bien plus forte raison sera contre-indiquée chez ces malades, au moins pour une extraction de dent.

Le seul point important concerne donc les contre-indications locales. Elles peuvent tenir à plusieurs facteurs qui rentrent dans une des quatre catégories suivantes :

1° La nature de l'affection dont la dent est atteinte ;

2° Le siège de la dent à enlever ;

3° Les complications de voisinage ;

4° Le grand nombre de dents à extraire

Examinons chacun de ces points.

Nous savons tous que les anesthésiques locaux, qu'on s'adresse aux réfrigérants ou à la cocaïne, agissent mal ou pas du tout sur les tissus enflammés. Reclus l'a dit depuis longtemps et nous en avons chaque jour la démonstration dans notre pratique. Dans les cas de périostite aiguë, l'anesthésie locale ne peut être employée avec certitude de succès ; quelquefois on obtiendra un résultat satisfaisant, mais ces cas sont si rares qu'on ne peut les ériger en principe et, pour ma part, je ne fais pas d'anesthésie locale en cas de périostite aiguë ou, si j'en fais, c'est en prévenant le malade de la probabilité d'un échec, ne voulant pas m'aftirer de reproches en cas d'insuccès de l'anesthésie locale.

Il en est de même dans le cas d'abcès alvéolaire volu-

mineux, où les divers anesthésiques locaux agissent très imparfaitement.

Pour l'anesthésie locale, le siège de la dent à enlever est loin d'être indifférent.

A la mâchoire supérieure les différents modes d'anesthésie locale sont praticables sur toutes les dents ; toutefois les réfrigérants sont généralement bien difficiles à manier dès qu'on arrive aux grosses molaires. La cocaïne peut s'employer pour toutes les dents, sauf quelquefois la dent de sagesse, où il est parfois malaisé de faire les injections avec certitude de succès à la face externe, d'accès difficile aux instruments.

A la mâchoire inférieure les réfrigérants sont d'un emploi incommode à cause de la salive, qui rend même cet emploi impossible quand elle est sécrétée en assez grande abondance. La cocaïne peut s'employer partout, sauf cependant pour la dent de sagesse, où les injections, très difficiles à la face interne à cause de la convexité de cette région, sont impossibles à faire avec efficacité à la face externe, car l'aiguille y vient butter contre la ligne maxillaire externe et l'on ne peut en anesthésier les parties profondes, et cela, sans que les réfrigérants puissent venir suppléer à l'insuffisance de la cocaïne.

Parmi les complications de voisinage susceptibles de contre-indiquer l'anesthésie locale, la plus fréquente est le trismus, qui rend inapplicables les différents agents anesthésiques locaux, d'autant que ce trismus est généralement dû à la carie ou à l'éruption de la dent de sagesse inférieure pour laquelle l'anesthésie locale n'est pas praticable avec succès. Il en est de même des opérations compliquées, soit par la situation anormale de la dent, soit par les nombreuses tentatives d'extraction antérieures, en un mot de tous les cas où la durée de l'opération excède dix minutes, durée maxima de l'anesthésie cocaïnique dans la bouche.

Enfin, reste une dernière contre-indication à l'anesthésie locale : l'extraction d'un nombre assez considérable de dents à faire en une fois.

Il convient de ranger dans cette catégorie tous les cas où la dose de cocaïne nécessaire à l'anesthésie est supérieure à celle qui peut être employée sans danger en une fois et où les réfrigérants sont inapplicables ou insuffisants.

Pour me résumer, je conclurai que l'anesthésie locale peut être contre-indiquée dans l'extraction des dents :

1° Par la nature de l'affection dont la dent est atteinte :

a) dans la périostite aiguë ;

b) dans les cas d'abcès alvéolaires volumineux.

2° Par le siège de la dent à enlever, notamment :

a) pour la dent de sagesse inférieure ;

b) parfois pour la dent de sagesse supérieure.

3° Par les complications de voisinage :

a) en cas de trismus ;

b) en cas d'opérations compliquées susceptibles de durer plus de dix minutes ;

4° Par le grand nombre de dents à extraire.

Donc, dans tous ces cas on se trouve dans cette alternative : ou opération douloureuse, ou anesthésie générale, et c'est forcément à celle-ci que l'on devra avoir recours si l'on veut pratiquer une opération indolore.

L'anesthésie locale ne doit être employée que dans les cas où l'on a la certitude ou tout au moins des chances sérieuses de réussite ; dans le cas contraire, un praticien soucieux de sa dignité et de sa réputation se doit à lui-même de prévenir le malade de la possibilité d'un insuccès ou même de sa certitude et lui faire choisir alors entre la patience et la douleur ou l'anesthésie générale.

Enfin, un point doit être encore envisagé, c'est celui où le malade, ne voulant absolument pas accepter l'anesthésie locale dans un cas où elle est indiquée, réclame l'anesthésie générale. Là, le devoir du dentiste est de faire tout son possible pour amener le malade à accepter l'anesthésie locale et, s'il ne peut y réussir, il ne lui restera qu'à donner satisfaction à son malade, après l'avoir prévenu des dangers de l'anesthésie générale, dangers très minimes, il est vrai, mais possibles.

Dans le cas bien entendu où il y aurait une contre-indication tirée de l'état général du malade, le dentiste se refusera énergiquement à l'anesthésie générale, en provoquant au besoin une consultation du médecin habituel.

LES EXTRACTIONS DENTAIRES CHEZ LES FEMMES GROSSES

Par M. le Dr Gaspard-Félix-Victorin Guillot.

Il est fort probable que nous aurions laissé passer sous silence quelques faits de pratique que nous avons coutume de voir chaque année se perpétrer dans notre cabinet, si dernièrement la discussion si intéressante sur les anesthésies générale et locale en matière d'art dentaire n'était venue éveiller notre attention. Voici à quel propos : dans les mois de mars, avril et les premiers jours de ce mois, quatre femmes en état de gestation se présentèrent à mon cabinet. Trois étaient de mes clientes habituelles, la quatrième venait sur l'indication de notre confrère Jules Bonnaru.

— La première, fille de médecin et de professeur de faculté, se présente à mon cabinet avec les deux dernières molaires inférieures droites presque totalement rasées au niveau de la gencive ; cavité centrale en cupule ; infection de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires. *Périodontite très accentuée.* Perte de sommeil, impossibilité de manger, douleurs continues. Conseil : extractions desdites molaires. La personne, assez timorée de sa nature, sans repousser absolument l'opération, désire l'ajourner. Nous lui fîmes observer que dans son état, cinquième mois de la grossesse, il était inutile de souffrir plus longtemps. La période de souffrance datait de plus de huit jours. Elle nous quitte sans rien décider. Deux jours après, elle revient accompagnée de son père, 7 mars, et, après anesthésie générale, elle s'en va, débarrassée de ses deux molaires.

A l'heure actuelle elle promène gaiement sa grossesse. (9 mai 1898).

— Notre deuxième malade, à qui nous avions donné nos soins étant jeune fille, est une primipare, tandis que notre première cliente en était à sa deuxième gestation, après un repos de six ans. Depuis 14 jours cette jeune femme souffrait atrocement. Elle passait ses nuits à se promener sans qu'aucun apaisement vînt à se manifester dans son appareil dentaire. N'y pouvant plus tenir, elle se décide enfin, sur les conseils de sa mère, à venir nous trouver. Se doutant du diagnostic et des conséquences de celui-ci, elle avait reculé tant qu'elle avait pu. Le côté gauche de la face était très douloureux au toucher, et trois dents prémolaires, deux supérieures et une inférieure présentaient tous les symptômes d'une périodontite suraiguë. Il ne fallait nullement songer à toucher aux dents, car leur contact seul avec la langue suffisait pour exacerber la douleur.

Après deux jours de tergiversations, compliquées d'une consultation médicale dans laquelle on nous priait de soulager la malade, sans extraction, vu son état de grossesse avancée, le *neuvième mois,* nous finîmes par décider notre pauvre cliente à se séparer de ses dents. Le 22 avril, anesthésie générale, extractions. Le lendemain, après une nuit de repos, la personne vaquait à ses occupations ordinaires, et sa physionomie rieuse avait repris son caractère. Le 8 mai au matin, elle mettait au monde une fille. Aujourd'hui, 10, la mère et l'enfant vont aussi bien que faire se peut.

— La troisième malade est une multipare, mère déjà de huit enfants et portant actuellement son neuvième. Toujours d'une excellente santé, elle n'a souffert des dents que pendant ses trois dernières grossesses. Dans une grossesse antérieure nous lui avions extrait une dent. Et cette dernière, une dent de sagesse supérieure cariée profondément, avait déterminé aussi une périodontite. Ce n'est qu'à la cinquième nuit que notre malade prit, sur les instances réitérées de son mari, qui est médecin, la résolu-

tion ferme de venir nous demander du soulagement. Anesthésie générale, extraction, 30 avril, départ avec la plus grande satisfaction.

— La quatrième nous arrive avec la décision de se faire extraire les trois dents qui lui occasionnent depuis un mois des douleurs violentes, l'empêchent de manger et dormir. Elle est enceinte de 4 mois 1/2 à 5 mois et sent remuer son héritière ou son héritier. Nous trouvons à l'examen une bouche en assez mauvais état. Peu de dents saines. A gauche au maxillaire inférieur, deuxième molaire atteinte de périodontite suppurée. Impossible d'y toucher même avec le doigt. La première et la deuxième molaires supérieures, très sensibles à la percussion, sont réduites à des fragments de couronnes, avec les racines divisées. La personne était venue avec la peur de faire une fausse couche, parce que pareille chose était arrivée à sa mère dans les mêmes conditions, il y a une trentaine d'années. Nous la rassurâmes et lui dîmes qu'à cette époque on n'anesthésiait guère chez les dentistes ; que sous l'influence de l'anesthésie, elle ne sentirait point les douleurs occasionnées par l'opération et qu'elle ne devait avoir nulle crainte pour l'accident qu'elle et sa mère redoutaient.

Anesthésie générale et extractions. La personne était à sa deuxième grossesse. Depuis tout va bien (7 mai.)

Bien que le bromure d'éthyle soit depuis longtemps déjà notre anesthétique favori quand nous avons des extractions difficiles à faire, pour les femmes grosses, comme pour les nourrices, nous préférons le protoxyde d'azote, que nous pouvons faire respirer sans qu'il y ait obligation, comme avec le bromure, de renverser sa malade en arrière. La position assise permet à la malade de ne pas avaler de sang et par suite n'amène pas les vomissements consécutifs que celui-ci produit presque toujours quand l'estomac s'en trouve souillé. Il y a loin de ces vomissements provoqués à ceux qui sont désignés spécialement par l'appellation de *vomissements de la grossesse*, régurgitations faciles et sans efforts.

Les vomissements provoqués en période de gestation

peuvent amener des troubles graves, aussi graves qu'une extraction sans anesthésie peut en produire : l'avortement. Il est loin le temps où nous avions affaire à de robustes gaillardes, se faisant extraire bravement pendant leur grossesse les dents qui les gênaient, et dont la plainte douloureuse ne se trahissait, comme cela nous est arrivé il y a vingt-sept ans, que par un *crepitus ventris* bien *formulé !*

Toutes nos anesthésiées se sont reveillées sans peine, sans fatigue, et ont repris pédestrement le chemin de leur domicile sans fatigue aucune.

Nous nous demandons et demandons à tous nos collègues ce qu'ils auraient fait, en notre lieu et place, s'ils n'avaient eu à leur disposition que le coryleur ou l'éthyleur de notre confrère d'Argent. Nous aurions probablement avec les coryl ou éthyle pulvérisés dans la bouche amené des nausées et des vomissements chez nos malades. Voilà tout. Quant à l'anesthésie procurée, nous la nions en cette circonstance et surtout pour les dents inférieures. L'anesthésie locale ou présumée telle avec les éthyles n'enlève point l'émotion du patient ni sa liberté de mouvements. Ce qui peut se faire dans une clinique ne se fait point toujours d'une façon similaire dans la clientèle. Nous avons, il y a quelque treize années, perdu deux dents par suite d'un jet intempestif *d'éther anesthésique* de Robbins (*lire chlorure d'éthyle*). Refroidissement brusque de la pulpe, congestion à frigore, pulpite, gangrène consécutive de la pulpe et périostite suraiguë, le tout en 15 jours ; aussi ce n'est jamais avec plaisir que nous employons les moyens éthylocoryliques pour atténuer la douleur chez les pesonnes qui se confient à nos soins.

Aurait-on employé la cocaïne en injections sous-gingivales, seule ou de concert avec un chlorure d'éthyle ? Nous ne voyons pas bien le procédé. C'est long et fastidieux pour le patient qui souffre. L'injection est douloureuse dans les parties enflammées. La prudence ne commande-t-elle point en cas de grossesse d'être très circonspect en matière de cocaïne ? L'anesthésie, du reste, est assez lon-

gue à se produire. Pour une dent, peut-être, à condition qu'elle soit facile à extraire; mais quand il y en a plusieurs c'est une autre affaire. Nous avons avec l'anesthésie générale le moyen, croyons-nous, le plus sûr de soulager notre monde, et le tout ne demande pas *quatre minutes.*

L'anesthésie locale ne donnant point les moyens, pour nous, tout au moins, de soulager nos patientes en état de grossesse, qu'aurions-nous fait, *l'extraction étant le seul remède,* si nous n'avions pas eu l'anesthésie générale à notre disposition?

TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897.)

Séance du vendredi après-midi.

(29 octobre.)

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE

3, RUE DE L'ABBAYE.

Présidence de M. le Dr A. ROSENTHAL.

(*Suite*).

LE GAÏACYL

Par M. le Dr O' FOLLOWELL, ancien interne.

La liste des méthodes d'anesthésie semblait épuisée, quand, au mois d'août 1895, M. le Dr J.-L. Championnière fit connaître au monde médical les propriétés anesthésiques du gaïacol : « M. André, pharmacien à Paris, un de nos anciens élèves, est venu nous annoncer qu'il avait découvert que le gaïacol en injections sous-cutanées et intradermiques était un anesthésique local d'une grande puissance, d'une longue durée, et très probablement d'une parfaite innocuité ».

Les solutions employées pour faire ces injections de gaïacol furent des solutions huileuses à 1/10, 1/20, 1/50, 1/100.

Or, à mon avis, les injections huileuses présentent de nombreux inconvénients dont voici les principaux : on éprouve une sérieuse difficulté à faire pénétrer le liquide quand les tissus sont denses et serrés ; injectée directement dans un vaisseau sanguin, l'huile peut former une embolie graisseuse; les mains du chirugien, lorsqu'elles

ont été mises en contact avec des solutions huileuses, tiennent difficilement les instruments; l'huile attaque les pistons des seringues faits de caoutchouc durci; enfin, la préparation des solutions huileuses nécessite des manipulations longues et compliquées.

Fallait-il donc rejeter l'emploi du gaïacol et recourir seulement à la cocaïne pour produire l'anesthésie locale? Ce n'est pas mon avis. Je n'ai point l'intention de faire ici la critique du chlorhydrate de cocaïne ni d'étudier quelle action dangereuse ce sel peut avoir sur l'organisme des malades. Les accidents sont devenus très rares depuis que la technique des injections de cocaïne a été minutieusement établie par M. Reclus.

Mais si l'on doit actuellement se préoccuper fort peu des accidents graves de la cocaïne, on doit compter avec les alertes que donne cet anesthésique, alertes qui, si elles n'ont point d'issue fatale, ne laissent cependant pas d'être très inquiétantes, et cela d'autant plus qu'elles dépendent d'un facteur variable et impossible à bien connaître : je veux parler de la susceptibilité particulière de chaque malade.

En outre, ne pensez-vous pas que la nécessité d'opérer le malade couché, quand on veut l'insensibiliser avec la cocaïne, ne pensez-vous pas, dis-je, que cette nécessité soit une contre-indication à l'emploi de la cocaïne? Si, en effet, « cette recommandation est simple et facile à observer à l'hôpital, il n'en est pas toujours de même dans la pratique de la ville. Ce n'est pas que les habitudes prises et les convenances de chacun soient des courants impossibles à remonter, quoiqu'il faille encore compter avec eux, mais pourra-t-on toujours placer les patients dans le décubitus horizontal, quand on aura à pratiquer des interventions courantes telles que l'avulsion d'une dent, par exemple? Cette position, à elle seule, constitue chez les personnes pusillanimes une grosse affaire ». Pour ma part, j'ai souvent eu à lutter contre une frayeur exagérée ou même une résistance irréfléchie, mais tenace ; et que de fois l'opération a dû être pratiquée sans anesthésie, et que de fois le malade s'est absolument refusé à laisser même tenter l'opération ! Cet inconvénient prend ses proportions les plus grandes précisément quand il s'agit d'anesthésier des personnes timides, craintives, des femmes nerveuses, chez lesquelles l'insensibilisation est plus indiquée que chez tous autres.

C'est alors que, trouvant incommode l'emploi des solutions huileuses de gaïacol, et dangereux celui des solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne, j'ai pensé à chercher un corps tel qu'il soit, d'une part, anesthésique et inoffensif comme le gaïacol, et que, d'autre part, étant soluble dans l'eau, il puisse servir à préparer extemporanément un liquide anesthésique, comme cela se fait avec le chlorhydrate de cocaïne.

Pour la préparation de ce produit, c'est à mon ami M. André, pharmacien, ancien interne des hôpitaux, dont le nom vous est bien connu, que je me suis adressé. Et au commencement de cette année, la fabrication d'un produit auquel j'ai donné le nom de gaïacyl venait réaliser ma pensée. Voici quelques notes sur les manipulations faites par M. André.

Le gaïacyl est le sel calcique du dérivé sulfo-conjugué du gaïacol ou acide gaïacylsulfureux.

Pour le préparer, on mélange des poids égaux de gaïacol fondu et d'acide sulfurique monohydraté. On porte le mélange quelque temps au bain-marie pour faciliter la combinaison. On reconnaît que le terme de la réaction est atteint à ce qu'une petite portion du mélange, portée dans l'eau et agitée, se dissout immédiatement. Tout le gaïacol employé s'est transformé en acide gaïacyl sulfureux, qui reste mélangé à l'excès d'acide sulfurique. On dilue ce mélange dans quatre à cinq fois son poids d'eau, et on porte à une douce chaleur au bain-marie. On projette par petites portions dans ce liquide du carbonate de chaux, précipité en quantité suffisante pour amener la sursaturation. L'acide gaïacylsulfureux, transformé en gaïacylsulfite de chaux, reste en solution, tandis que l'acide sulfurique est précipité à l'état de sulfate de chaux; on sépare par filtration le liquide du précipité, et on fait évaporer la liqueur à siccité. Le produit qui résulte de cette évaporation est redissous dans l'alcool, qui sépare une petite quantité de substances insolubles, et est évaporé de nouveau à siccité.

Le produit, pulvérisé au mortier, constitue le gaïacylsulfite de chaux, qui se présente sous la forme d'une poudre de nuance à la fois grise et mauve. C'est à cette poudre que j'ai donné le nom de gaïacyl.

Soluble dans l'alcool, pas dans l'huile, le gaïacyl est également soluble dans l'eau. La solution aqueuse au vingtième constitue un liquide rouge-violet, très pâle; elle est très stable; la solution aqueuse au dixième semble de l'eau à peine rougie par quelques gouttes de vin.

Ces solutions aqueuses, de saveur d'abord astringente, puis légèrement sucrée, ne sont ni toxiques ni caustiques ni irritantes.

Etant donnée la composition chimique du gaïacyl, j'ai pensé qu'il serait possible de vérifier avec ce corps les réactions faites avec le gaïacol. Les résultats obtenus par M. André et par moi ont été tels que nous les attendions.

Cette constitution chimique du gaïacyl, telle que le gaïacol en est le principe fondamental, permettait d'espérer que le nouveau produit aurait, lui aussi, des propriétés antiseptiques et anesthésiques.

J'ai additionné de gaïacyl des bouillons de culture, mais les solutions à 25 0/0 employées n'ont pas paru constituer des milieux

impropres au développement du staphylocoque, du bacterium coli et du bacille d'Eberth.

Ces expériences ont besoin d'être répétées, et je compte les reprendre bientôt, ainsi que l'étude de la toxicité du gaïacyl. Cette toxicité, je l'ai déjà recherchée, mais sur un nombre de cobayes trop peu élevé pour que sur ce point mes conclusions soient absolument précises.

Au point de vue anesthésique, voici quels ont été les résultats de mes premières expérimentations :

Ayant fait une solution aqueuse de gaïacyl au dixième, j'en ai instillé cinq gouttes dans l'œil d'un cobaye ; au bout de dix minutes, l'anesthésie était à peu près complète : on pouvait, avec la tête d'une épingle, exciter la cornée plusieurs fois de suite sans provoquer de réflexe.

Cinquante centigrammes de la même solution placés sur l'œil d'un chien de taille moyenne amenaient, après cinq minutes, une anesthésie incomplète, mais très nette ; après dix minutes, l'anesthésie, sans être absolue, était plus complète encore.

A un cobaye de 740 grammes nous injectons, partie sous la peau de l'abdomen, partie sous la peau et dans l'épaisseur des muscles de la cuisse gauche, un gramme de gaïacyl en solution aqueuse. Dix minutes après les piqûres, nous traversons la cuisse droite de l'animal avec une aiguille, ce qui provoque un violent mouvement de défense de l'animal; la même expérience répétée sur la cuisse gauche ne semble pas produire de douleur.

Ces résultats m'autorisaient à essayer chez l'homme l'emploi de ce nouveau médicament, et j'ai opéré avec les solutions suivantes :

Gaïacyl..................................	5 grammes.
Eau distillée..........................	100 grammes.

ou :

Gaïacyl..................................	10 grammes.
Eau distillée..........................	100 grammes.

Le mode opératoire employé pour pratiquer les injections sous-cutanées de gaïacyl est exactement le même que celui des injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne.

J'ai successivement employé le gaïacyl pour l'extraction des dents, pour le pansement des dents atteintes de carie douloureuse, pour des opérations de petite chirurgie, pour le traitement du coryza, et enfin j'en ai tenté l'application à la thérapeutique des maladies des voies génito-urinaires, à laquelle je me suis attaché spécialement.

Dans l'exposé de mes observations je terminerai par l'étude des applications du gaïacyl à l'art dentaire.

A plusieurs reprises nous avons constaté qu'un tampon d'ouate hydrophile, imbibé d'une solution de gaïacyl au dixième et placé dans une des narines, amenait, cinq minutes après, une notable anesthésie, plus marquée encore après dix minutes.

Deux fois, par ce procédé, j'ai obtenu la guérison de coryzas simples.

Pour les opérations de petite chirurgie, j'ai pratiqué l'anesthésie locale par le gaïacyl dans presque tous les cas où cette anesthésie avait été pratiquée avec le gaïacol ou avec la cocaïne. J'ai enlevé des loupes du cuir chevelu, extirpé des ganglions, ouvert des phlegmons, des abcès, des anthrax, des panaris, opéré une fistule de l'anus, etc., etc., pratiqué au total onze opérations diverses, au cours desquelles cinq fois l'anesthésie a été absolue, cinq fois elle a été très suffisante, et une fois nulle, soit plus de 90 0/0 de succès.

Les quantités de gaïacyl introduites sous la peau ont varié de 0,05 à 0,15 centigrammes, le sel étant en solution aqueuse au dixième ou au vingtième. Sept minutes au moins, dix minutes en général, ont séparé l'opération, des injections anesthésiantes.

Je ne m'arrêterai pas ici à parler de mes essais, à peu près complètement infructueux lors de l'application du gaïacyl à la thérapeutique des voies génito-urinaires ; ma pratique journalière me dira après de nouvelles recherches quelle peut être l'action du nouveau médicament.

Appliqué à l'art dentaire, le gaïacyl m'a donné comme anesthésique des résultats que je n'hésite pas à qualifier d'excellents.

Sur trente-deux extractions, dont quelques-unes fort pénibles, vingt-deux fois l'anesthésie a été aussi satisfaisante qu'il est possible, sept fois elle a été incomplète, deux fois elle a été nulle, et dans un cas l'interrogatoire du malade n'a pu nous permettre de donner une conclusion.

Ces résultats, pour satisfaisants qu'ils soient, si l'on n'examine que les chiffres, deviennent plus encourageants encore si l'on veut étudier de près les cas où le but cherché n'a pas été atteint ou ne l'a été qu'incomplètement.

Dans sept cas l'injection a été mal poussée ou ne l'a été que d'une façon insuffisante ; une fois l'extraction a suivi de trop près l'injection ; une autre fois il y a eu fracture de l'alvéole et arrachement d'un fragment d'os.

Si donc on veut bien considérer que, dans les cas de succès incomplet, l'échec relatif est dû à ce que les conditions propres à amener l'anesthésie n'ont pas été toutes remplies, et qu'il est par conséquent naturel que celle-ci n'ait pas été nettement produite, on obtient une proportion — la vraie — de vingt-quatre opérations suivies vingt-deux fois d'anesthésie.

Pour arriver à ces résultats nous avons injecté, suivant les cas, de 50 centigrammes à 1 gr. 50 de la solution au vingtième, de 50 centigrammes à 1 gramme de la solution au dixième.

L'injection a toujours été faite en deux piqûres : une au côté interne de la dent, une au côté externe.

L'injection a paru provoquer le maximum d'anesthésie quand l'introduction du liquide dans le tissu gingival a produit sur la gencive non une ampoule, mais une plaque de couleur laiteuse.

Si j'ai eu des succès en opérant quatre ou cinq minutes après avoir injecté le gaïacyl, j'estime qu'en laissant huit à dix minutes d'intervalle entre le moment de la piqûre et celui de l'intervention, on aura toutes les chances d'obtenir une analgésie absolue, et cela avec la solution au vingtième.

Terminons en disant que tous nos malades ont été opérés assis, sans tenir compte s'ils étaient à jeûn ou non, et qu'aucun trouble circulatoire n'a été observé. De plus, j'ai eu soin de revoir presque tous mes opérés, qui avaient pour la plupart subi autrefois des extractions dentaires; une seule fois j'ai constaté une petite escarre, certainement due à toute autre chose qu'au liquide employé.

Enfin dans un cas de carie très douloureuse et très profonde j'ai bourré la cavité pulpaire de gaïacyl en poudre maintenu par un coton imbibé de teinture de benjoin. Cinq minutes après le pansement, toute douleur avait disparu dans la dent.

Mes conclusions sont par conséquent que le gaïacyl est un anesthésique efficace, d'un emploi très facile, puisqu'il ne nécessite aucun manuel opératoire spécial, et qu'on emploiera de préférence dans la pratique des opérations de petite chirurgie et dans celles de la chirurgie dentaire.

Après avoir lu son rapport imprimé, le Dr O'Followell ajoute les remarques suivantes, pour répondre d'avance aux objections qui pourraient lui être faites :

L'injection de gaïacyl n'est pas douloureuse du tout, le gaïacyl n'a pas d'odeur ; plus la préparation de gaïacyl est fraîche, plus elle est stérilisée, plus elle a des chances de réussir. Il demande à MM. de Marion ou Sauvez de faire le lendemain des extractions à l'aide du gaïacyl, pour se convaincre des avantages de cet anesthésique.

DISCUSSION.

M. Sauvez (de Paris) répond au Dr Followell qu'il fera volontiers les extractions au gaïacyl pour se rendre compte de la valeur anesthésique de ce produit et pouvoir l'employer dans les cas où la cocaïne est contre-indiquée. Il pense que les dangers de la cocaïne qu'on a relatés sont beaucoup exagérés, et n'a jamais eu même une alerte avec ce corps, depuis qu'il l'emploie à la dose d'un

centigramme en solution aqueuse titrée au 100e. Il reproche à toutes les injections de liquides huileux de ralentir la cicatrisation et d'amener facilement un gonflement de la région et des ganglions voisins, parfois même une induration persistante.

Ces inconvénients surviennent même avec les plus grands soins d'antisepsie.

M. le Dr O' Followell (de Paris) fait remarquer qu'il y a des avantages à employer le gaïacyl : lorsqu'on fait une injection de cocaïne et qu'on n'est pas sûr que l'injection a pénétré dans le tissu, on n'ose pas recommencer, car l'emploi de la cocaïne exige de grandes précautions. Quant à lui, s'il a manqué sa première injection de gaïacyl, il ne craint pas de recommencer plusieurs fois, car il n'y a aucun danger à cela. En outre, il préfère opérer le malade étant couché, parce que cela évite certains dangers.

M. Godon (de Paris) critique M. Sauvez d'avoir fait le procès des solutions huileuses. Pour lui, il les emploie depuis très longtemps, il ne se sert que de celles-là, et toujours avec succès. M. Sauvez a cité comme inconvénients possibles de l'emploi des solutions huileuses, l'infection, l'induration, le gonflement et la cicatrisation lente. Or, l'infection est due à des défauts d'antisepsie ; il n'est pas toujours vrai que la cicatrisation soit plus lente, il y a souvent un gonflement persistant ; mais si l'on presse les gencives de manière à faire sortir le plus d'huile possible, on évite le gonflement. En somme, M. Godon ne partage pas l'avis de M. Sauvez ; il préfère les solutions huileuses aux solutions aqueuses.

M. Viau (de Paris) déclare avoir une grande expérience de la cocaïne. Il a eu avec les solutions huileuses les inconvénients mentionnés par M. Sauvez ; il ne les a jamais eus avec les solutions aqueuses. Il a injecté de la cocaïne à des cobayes, et ces animaux supportaient des doses relativement très fortes. Il a la conviction que la cocaïne bien maniée est un parfait anesthésique local.

M. Bonnard (de Paris). — On fait le procès de l'huile. Il faut d'abord s'entendre sur les solutions huileuses. Celles qui sont faites avec des huiles minérales ont, en effet, des inconvénients, parce qu'elles ne sont pas absorbables. Il n'en est pas de même des huiles végétales, l'huile d'olive stérilisée par exemple ; c'est vraiment là le véhicule de choix. J'emploie cette huile depuis sept ans et en aucun cas elle ne ralentit la circulation. Elle est contenue dans des ampoules fermées à la lampe et d'une capacité de 1 c. c.

Les solutions aqueuses passent, au contraire, trop rapidement dans la circulation et, si elles sont dans des flacons, elles sont rapidement envahies par des champignons.

DE L'INSTABILITÉ DES ANESTHÉSIQUES RÉFRIGÉRANTS

L'ÉTHYLEUR ET L'ÉTHYLEUSE, APPAREILS NOUVEAUX POUR OBTENIR ET MAINTENIR LE MAXIMUM DE PROPULSION ET DE PUISSANCE ANESTHÉSIQUE DU CHLORURE D'ÉTHYLE.

Par M. J. d'Argent.

Voir L'Odontologie *du* 30 *décembre* 1897, *page* 453.

MÉTHODE SIMPLIFIÉE POUR PRÉPARER DES COUPES DE DENTS ET DE TISSU OSSEUX, PERMETTANT DE DÉMONTRER LES RAPPORTS ANATOMIQUES EXISTANT ENTRE LES TISSUS DURS ET LES TISSUS MOUS.

Par M. A. Hopewell Smith,
L. R. C. P. — M. R. C. S. — L. D. S.

Voir L'Odontologie, 30 *janvier* 1898, *page* 63.

DISCUSSION.

M. Choquet (de Paris) annonce que M. Smith fera des démonstrations le lendemain avec des coupes. Nous ne pouvons pas, dit-il, laisser passer la communication du Dr Smith, qui s'est dérangé exprès de Boston pour venir nous honorer de sa présence, sans lui voter des félicitations.

M. le Président. — Je demande qu'on vote des remerciements à M. le Dr Smith. Sa communication est digne de lui.

Des félicitations sont votées à M. le Dr Smith.

M. O. Amoedo (de Paris). — J'ai le plaisir de constater que l'intéressante communication faite par le Dr Hopewell Smith correspond bien à ce que nous attendions de notre éminent confrère.

Qu'il me soit permis de faire quelques remarques s'adressant uniquement à l'exemple que notre confrère vient de nous donner à l'appui de sa thèse.

L'exemple, en effet, me semble mal choisi, car il est évident que dans une foule d'autres circonstances le microscope est seul capable de faire la lumière.

Mais, dans le cas cité, le moyen d'exploration pour arriver à établir le diagnostic me semble un peu radical, ainsi d'ailleurs que le traitement appliqué par lui à toutes les autres dents.

Nous avons en effet d'autres moyens cliniques, sans avoir recours au microscope, pour établir le diagnostic des concrétions de la pulpe dentaire.

D'autant plus que, lorsque ces calculs produisent des phénomènes de compression, et par suite de douleur, ils sont suffisamment volumineux pour pouvoir être constatés macroscopiquement.

J'ai eu maintes fois l'occasion d'établir le diagnostic de ces concrétions pulpaires, et dans ce cas je me suis limité à la trépanation

de la dent, extirpation de la pulpe avec ses nodules, et les malades ont guéri, tout en conservant l'organe.

Il est bien entendu que ces réflexions ne concernent en rien le fond de la communication de notre confrère, communication que je suis le premier à admirer.

M. Léger-Dorez (de Paris) est d'avis qu'il est impossible de discuter la communication de M. Smith, car avant la lecture qui vient d'en être faite les membres du Congrès n'en avaient pas pris connaissance ; ils ne seraient donc pas à même de présenter des objections bien fondées.

M. Siffre (de Paris) rappelle que le Dr Smith, de Boston, a montré l'utilité du microscope. Il a eu des cas où cet instrument l'a beaucoup aidé et lui a donné de bons résultats. Il se joint à ses collègues pour le remercier de sa communication, qui est très intéressante. *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

GRENOUILLETTE SUBLINGUALE.

La malade que nous allons opérer tout à l'heure pour une tumeur du plancher de la bouche est une jeune femme de 26 ans, mécanicienne, entrée le 9 février dans notre service, où elle occupe le lit n° 25 de la salle Notre-Dame.

Je n'ai rien relevé dans ses antécédents de famille qui puisse offrir quelque intérêt au point de vue de l'affection dont elle est atteinte. En ce qui la concerne, elle jouit d'une bonne santé habituelle et n'a jamais eu de maladie sérieuse ; elle éprouve seulement de temps à autre quelques atteintes de bronchite légère. Enfin nous n'avons trouvé chez elle aucune trace d'une tare diathésique, tuberculeuse ou syphilitique. Mariée depuis 3 ans, elle a accouché, il y a deux ans, de deux jumeaux qui sont morts après avoir vécu quelques mois.

Sans avoir jamais rien présenté d'anormal du côté de la bouche, comme stomatite, aphtes ou ulcérations de nature quelconque, la malade a ressenti au mois de juin de l'année dernière, il y a sept ou huit mois par conséquent, un peu de gêne dans la région sublinguale ; cette gêne, qui ne coïncidait d'ailleurs avec aucun symptôme douloureux, se manifestait principalement dans les mouvements de l'extrémité de la langue.

En même temps la malade constatait, à gauche du frein de la langue, l'existence d'une petite tumeur du volume d'un pois, indolente, revêtue d'une muqueuse saine, quoique un peu plus rouge que dans le reste du plancher de la bouche.

Cette tumeur, toujours indolente, a subi un accroissement lent, mais progressif. A mesure qu'elle augmentait de volume, la couleur de la muqueuse qui la recouvrait se modifiait et devenait grisâtre.

Lorsqu'elle eut atteint le volume d'une noix, la tumeur s'ouvrit spontanément dans la cavité buccale et donna issue à un liquide incolore et filant.

Quinze jours plus tard, la tuméfaction se reproduisait au même niveau et atteignait rapidement les dimensions d'une grosse noisette ; puis une nouvelle rupture spontanée se produisait pendant la mastication.

La malade se décida alors à consulter un médecin, qui se contenta de pratiquer quelques badigeonnages avec de la teinture d'iode. C'est alors que, voyant la tumeur se reproduire et reprendre rapidement son volume primitif, elle se présenta, il y a un mois environ, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où l'on pratiqua une excision partielle de la paroi de la tumeur, suivie d'une cautérisation au nitrate d'argent.

A la suite de cette intervention, la malade ne tint aucun compte de la recommandation qu'on lui avait faite de revenir à la consultation pour se faire soigner ; aussi la tumeur ne tarda pas à se reproduire au bout d'une quinzaine de jours. En présence de cette troisième récidive, la malade demanda à entrer dans notre service.

Dans l'état où elle se présente actuellement à notre examen, il est facile de constater sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, une petite tumeur grosse comme une noisette, qui proémine surtout à gauche du frein, en partie effacé et moins saillant que normalement, et qui se prolonge en arrière jusqu'au niveau de la première grosse molaire.

Sa forme est arrondie et sa surface est lisse et parfaitement régulière, sans la moindre bosselure.

Sa coloration doit attirer votre attention et se fixer dans votre esprit. Cette teinte blanc-grisâtre, que je vous engage à observer avec soin et qui est due à la transparence du contenu et l'amincissement de la muqueuse est, en effet, absolument caractéristique de l'affection qui nous occupe. Quant à la muqueuse elle-même, quoique amincie, elle a conservé ses caractères normaux ; elle est parfaitement mobile sur la tumeur sous-jacente, sauf à gauche du frein, où il existe une cicatrice blanchâtre d'un demi-centimètre environ de longueur, correspondant à l'incision qui a été faite il y a deux ou trois semaines ; à part cela on peut dire que la muqueuse est entièrement saine.

De chaque côté du frein on voit les orifices des canaux de Wharton, qui sont perméables et au niveau desquels on voit sourdre la salive.

Il est assez difficile, sinon impossible, de délimiter même approximativement les limites de la tumeur et ses rapports avec les organes profonds ; c'est en vain qu'on cherche à la déplacer latéralement ou d'avant en arrière, et si l'on explore la région sous-maxillaire on ne sent de ce côté aucun prolongement de la tumeur.

Pour terminer l'examen local, il nous reste à dire que la consistance de la tumeur est molle, un peu rénitente, uniforme dans toute son étendue. Si on soutient le plancher de la bouche en appliquant deux doigts sur la région sus-hyoïdienne, il est facile de constater que la tumeur est manifestement fluctuante.

Je vous ai déjà dit qu'elle n'avait jamais été le siège de douleurs spontanées, même légères ; l'exploration directe nous montre également

qu'on ne provoque à son niveau aucune sensibilité, même par une pression assez forte.

Au point de vue des troubles fonctionnels, il est certain que la présence de cette tuméfaction anormale détermine une certaine gêne dans les mouvements de la langue; mais, comme celle-ci n'est pas déviée, il il n'en résulte aucun trouble de la parole, de la déglutition, de la mastication ou de la respiration.

La mâchoire inférieure n'a subi aucune déviation, et il en est de même pour les dents qu'elle supporte.

Quant à l'état général de la malade, il paraît excellent. Tous ses organes fonctionnent normalement, et l'examen des urines n'a rien montré de particulier.

Nous avons à déterminer quelle est la nature de la tumeur que nous venons d'étudier. C'est manifestement une tumeur liquide: la rénitence et la fluctuation sont faciles à constater, et, de plus, chez notre malade, il y a eu, à deux reprises, une rupture accompagnée d'un écoulement de liquide.

Nous pouvons donc, dans notre diagnostic, éliminer toutes les tumeurs solides, d'ailleurs assez rares, de la région sublinguale. Cependant, il y a certaines tumeurs solides qui peuvent, par leur consistance, simuler une liquide.

C'est ainsi qu'un lipome du plancher de la bouche pourrait donner une sensation de pseudo-fluctuation et être confondu avec une tumeur liquide.

On évitera cette erreur et l'on reconnaîtra le lipome à son extrême mollesse, coïncidant avec l'absence de rénitence, à la coloration jaunâtre du tissu adipeux, ordinairement perceptible à travers la muqueuse, et enfin à la forme moins régulière, généralement bosselée, de la surface de la tumeur dont les limites restent toujours indécises.

Il ne serait pas possible de confondre la tumeur que nous avons sous les yeux avec un de ces angiomes ou tumeurs érectiles veineuses, le plus souvent congénitaux et qui se distinguent facilement par leur coloration bleuâtre ou violacée, leur réductibilité plus ou moins complète et surtout par leur augmentation de volume sous l'influence des cris et des efforts.

Le liquide contenu dans la tumeur n'est donc pas du sang.

Nous pouvons affirmer également qu'il ne s'agit pas d'une collection purulente, attendu que l'évolution de la tumeur s'est faite sans le moindre phénomène inflammatoire, sans la moindre douleur.

En sorte que nous sommes amené à conclure que le contenu de la tumeur est un liquide plus ou moins séreux et que cette tumeur est un *kyste*, ou si nous voulons employer le terme générique qu'on a appliqué à toutes les tumeurs kystiques de la région sublinguale, nous pouvons dire que nous avons affaire à une *grenouillette*.

On a cité, il est vrai, quelques exemples de kystes hydatiques du plancher de la bouche, qui tous ont été pris pour des grenouillettes. Le seul signe différentiel qui pourrait en pareil cas empêcher l'erreur de diagnostic serait la consistance, beaucoup plus grande dans le kyste hydatique que dans la grenouillette.

Je me borne à cette simple mention, car je n'ai relevé, dans le cas qui nous occupe, aucune particularité susceptible de nous faire songer à un kyste hydatique.

Il existe bien encore une variété de tumeur qu'il est parfois difficile de distinguer de la grenouillette : je veux parler du kyste dermoïde du plancher buccal. Mais cette difficulté de diagnostic, qui s'est présentée à une époque où l'on connaissait à peine les kystes dermoïdes et qui a causé plusieurs fois des erreurs, n'existe plus en réalité depuis que l'on a appris à distinguer les caractères cliniques de ces kystes, qui siègent exactement sur la ligne médiane, ne s'avancent pas d'un côté plus que de l'autre, en même temps que parfois leur coloration jaunâtre les rapproche beaucoup plus du lipome que de la grenouillette ; en outre, la muqueuse qui les recouvre a conservé toute son épaisseur et ne présente pas cet amincissement que je vous ai signalé chez notre malade ; enfin — et c'est là le symptôme différentiel le plus important — la consistance du kyste dermoïde est tout à fait différente de celle de la grenouillette ; elle est, en effet, mollasse, pâteuse en quelque sorte, rappelant la sensation que donne du mastic assez mou et, comme celui-ci, gardant l'empreinte du doigt dès qu'on exerce une certaine pression. Je dois vous signaler également les adhérences que l'on constate souvent entre les kystes dermoïdes du plancher buccal et le maxillaire inférieur. Enfin, dans la plupart des cas, le diagnostic de ces tumeurs est encore rendu plus facile par ce fait qu'elles sont congénitales et que les individus qui en sont porteurs en ont reconnu l'existence dès leur enfance.

En résumé donc, chez notre malade, nous sommes en présence d'une grenouillette simple, vulgaire, et, d'ailleurs, ce diagnostic est confirmé par l'histoire même de la maladie : deux fois la tumeur s'est ouverte spontanément, et cette ouverture s'est traduite par l'évacution d'un liquide incolore et filant comme de la salive ou du blanc d'œuf.

Or, vous savez que la grenouillette est constituée par une poche kystique renfermant un liquide épais, filant, analogue à de la salive, mais différant de celle-ci par la présence, en quantité notable, de l'albumine et de la mucine — qui fait défaut dans la salive normale — ainsi que par l'absence du ferment qui transforme l'amidon en glycose et du sulfocyanure de potassium que renferme la salive.

Ce liquide est renfermé dans une poche à parois plus ou moins épaisses et dont la surface interne est tapissée par un épithélium prismatique, disposé parfois en plusieurs couches superposées. Dans l'épaisseur des parois on trouve ordinairement des lobules glandulaires plus ou moins altérés, souvent en voie de dégénérescence mucoïde, et parfois même de véritables cavités kystiques remplies elles-mêmes de liquide, tout en restant complètement indépendantes de la cavité de la grenouillette, de sorte qu'il s'agit alors en réalité d'une grenouillette multiloculaire.

Je me souviens d'un cas que j'ai opéré il y a déjà longtemps et dans lequel cette disposition était aussi nette que pour un kyste de l'ovaire multiloculaire.

La pathogénie de la grenouillette a traversé des phases diverses et donné lieu à des théories nombreuses.

Depuis la fin du siècle dernier, on s'accorde à placer le point de départ de l'affection dans les glandes salivaires.

On a d'abord incriminé le canal de Wharton et l'on a considéré la grenouillette comme le résultat d'une dilatation kystique de ce canal.

Malgré quelques rares exemples de distension pathologique du canal de Wharton, il est admis sans conteste que, dans l'affection à laquelle on réserve maintenant le nom de grenouillette, le canal excréteur de la glande sous-maxillaire reste absolument perméable. Chez notre malade vous pouvez vous assurer qu'il suffit d'exciter la salivation pour voir la salive sourdre par les deux orifices des canaux de Wharton.

On a placé également la grenouillette dans la glande de Blandin, mais cette opininon, qui a été soutenue par Recklinghausen, Sonnenburg, Cornil et Ranvier, ne s'appuie réellement que sur une autopsie de Recklinghausen, et, en dehors de ce fait exceptionnel, rien n'autorise à admettre cette théorie. En effet, dans l'immense majorité des cas, la grenouillette n'est pas une tumeur linguale, et même lorsqu'elle a atteint un volume considérable et soulève la muqueuse de la portion sublinguale du plancher de la bouche dans toute son étendue, elle respecte la face inférieure de la langue.

On avait surtout invoqué, à l'appui de l'opinion de Recklinghausen, la présence de fibres musculaires dans les parois de la poche kystique ; or, d'après les recherches de Suzanne, il existe au plancher de la bouche des fibres musculaires provenant des génio-glosses, en sorte que cet argument n'a aucune valeur.

Je vous citerai seulement, sans qu'il soit utile de vous y arrêter, une théorie d'après laquelle la grenouillette serait une sorte d'hygroma développé dans une bourse séreuse de la face inférieure de la langue, et décrite sous le nom de bourse de Fleischmann. L'existence de cette bourse est tout à fait contestée, et je me souviens de l'avoir cherchée plusieurs fois sur le cadavre sans la découvrir. D'ailleurs, quand bien même elle existerait réellement, les caractères cliniques aussi bien que l'étude anatomo-pathologique de la grenouillette nous montrent qu'elle diffère essentiellement d'un hygroma.

Actuellement tout le monde est d'accord pour placer le point de départ de cette affection dans les glandes sublinguales.

Avant les recherches de Suzanne (thèse de Bordeaux, 1887) on admettait sans conteste qu'il s'agissait d'un kyste par rétention développé aux dépens d'une glandule sublinguale, consécutivement à une phlegmasie chronique entraînant une sclérose du tissu conjonctif périglandulaire.

L'auteur que je viens de citer a décrit dans sa thèse un autre processus pathogénique, basé sur des examens histologiques très soignés. D'après lui, sous l'influence d'une inflammation chronique, il se produit une dégénérescence muqueuse des éléments glandulaires, et, d'autre part, le tissu fibreux les séparant subit une dégénérescence hyaline. Il en résulte une destruction lente du tissu grandulaire, aboutissant à la formation d'une sorte de cavité kystique unique, constituée en quelque sorte par la fusion des cavités acineuses et lobulaires voisines les unes des autres, suivant un processus entièrement semblable à celui que l'on connaît pour les kystes ovariques.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'un kyste par rétention ou d'un kyste par dégénérescence mucoïde des éléments glandulaires, la formation de la grenouillette semble être sous la dépendance d'une phlegmasie chronique de la muqueuse buccale.

Il est assez fréquent, en effet, de relever, dans l'histoire des malades atteints de grenouillette, l'existence antérieure d'aphtes ou de stomatites de différente nature. On a également incriminé, dans le même ordre d'idées, certaines professions telles que les professions d'avocat, de chanteur, de crieur public.

Chez notre malade, qui est mécanicienne, nous n'avons rien à invoquer ni au point de vue de la profession ni au point de vue de l'état de la muqueuse buccale, qui est absolument normale, ainsi que je vous l'ai fait remarquer.

On a enfin cherché à faire jouer un certain rôle, dans l'étiologie de la grenouillette, au spasme des conduits excréteurs.

La part que ce spasme peut prendre dans l'évolution de la tumeur glandulaire me paraît bien douteuse. Cependant nous avons observé récemment dans le service une malade atteinte de grenouillette sublinguale, qui, très névropathe, accusait certains troubles assez singuliers dans la salivation. Elle éprouverait de temps en temps, d'après ce qu'elle nous a raconté, une sorte de gêne du côté du pharynx, suivie d'une émission abondante de salive claire, puis, après cette émission, elle se trouverait tout à fait soulagée. Je vous signale ce fait purement et simplement, sans y attacher d'ailleurs une grande importance, mais seulement parce qu'il semble démontrer la possibilité d'un spasme des conduits excréteurs de la salive auquel on a voulu attribuer la production de la grenouillette.

Le pronostic de la grenouillette doit être considéré comme bénin. Cependant la tumeur n'a aucune tendance à guérir spontanément et elle peut grossir au point d'apporter une gêne considérable à la mastication, à la déglutition et à la prononciation; très exceptionnellement elle a pu causer des troubles du côté de la respiration ; on cite un cas de mort par suffocation ; mais il est probable que, dans ce fait, il y a d'autres lésions concomitantes.

D'autre part, en grossissant, la tumeur peut déprimer le plancher de la bouche et apparaître à la région sus-hyoïdienne.

Notre malade nous montre un exemple d'une terminaison assez fréquente : la rupture de la poche kystique, qui s'est produite chez elle à deux reprises. Cette rupture est presque constamment suivie de récidive, comme dans le cas que nous observons. Elle a pu, dans une observation probablement unique, donner lieu à des phénomènes d'asphyxie, par suite de la pénétration du liquide dans les voies aériennes.

Enfin, chez les individus peu soigneux, on peut voir, après la rupture de la poche, des accidents infectieux se produire et la suppuration s'établir avec toutes ses conséquences possibles.

En ce qui concerne le traitement, on a proposé un nombre considérable de procédés, dont quelques-uns sont même d'une complexité extrême et disproportionnée avec la bénignité de l'affection. Toutefois ce grand nombre de procédés opératoires montre combien la guérison

est difficile à obtenir et combien sont fréquentes les récidives. Je pense que l'on peut en tout cas réduire à deux les opérations applicables à la grenouillette, et même de ces deux modes opératoires un seul me paraît devoir être préconisé.

Un certain nombre de chirurgiens conseillent la ponction avec un trocart suivie de l'évacuation du contenu et de l'injection d'un liquide irritant, tel que la teinture d'iode, l'alcool, le chlorure de zinc, l'acide phénique. Je ne vous conseille pas d'employer ce mode de traitement. Il est, en effet, parfois d'une exécution assez difficile, surtout en ce qui concerne l'évacuation du liquide; en outre, il n'est pas exempt de dangers et il est loin d'amener la guérison. On a vu plusieurs fois se développer des accidents inflammatoires assez sérieux, à la suite de l'injection irritante dans la poche, surtout si quelques gouttes du liquide ont pénétré dans le tissu cellulaire du plancher buccal. Enfin, les récidives ne sont pas rares après l'emploi de ce procédé.

L'autre méthode est celle de l'excision *complète* ou *partielle*.

L'ablation complète de la poche kystique est, sans contredit, l'opération idéale, mais elle ne constitue pas l'opération de choix, parce qu'elle est difficile et devient même parfois dangereuse en raison des hémorragies qu'elle peut provoquer et dont on a beaucoup de peine à se rendre maître.

C'est donc l'*excision partielle* que je vous conseille comme étant, à mon avis, l'opération de choix.

Le manuel opératoire en est d'ailleurs extrêmement simple. Il suffit d'embrocher, avec un ténaculum ou une grande aiguille courbe, toute la portion saillante de la tumeur et de la sectionner circulairement avec des ciseaux courbes.

C'est ce qu'on a déjà fait chez notre malade, il y a quelques semaines, et à ce point de vue, son histoire est très instructive, car elle vous montre qu'il ne suffit pas de pratiquer largement l'excision partielle de la tumeur pour obtenir la guérison, mais que les soins consécutifs ont une importance capitale, si l'on veut mettre les malades à l'abri d'une récidive.

En effet, notre malade, opérée par une large excision partielle, a négligé tout traitement consécutif, contrairement au conseil qui lui avait été donné, et la récidive s'est produite dans un délai rapide.

En quoi consiste donc ce traitement post-opératoire grâce auquel vous obtiendrez la guérison complète, après l'excision partielle de la grenouillette ?

Il consiste uniquement à empêcher la cicatrisation des bords de la plaie, qui tendent à se rapprocher et à se réunir. Pour cela, vous devez revoir votre opérée tous les deux ou trois jours et désunir les bords de l'incision avec la pointe d'une sonde cannelée ; en outre vous pratiquerez des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent jusqu'au fond de la cavité kystique.

En un mot vous devrez faire en sorte que la cicatrisation s'effectue du fond vers la surface et vous n'abandonnerez votre malade que lorsqu'il n'y aura plus trace de la cavité kystique et que le fond de la plaie sera venu affleurer au niveau de la surface muqueuse du plancher buc-

cal. C'est seulement grâce à ce traitement minutieux et suffisamment prolongé que vous obtiendrez une cure radicale de la grenouillette.

(*Gaz hebdom. de méd. et de chirurg.*)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Nous signalons à nos lecteurs la *Revue de Statistique*, une nouvelle publication appelée, croyons-nous, à un vif succès.

Malgré son titre sévère, cette revue est fort intéressante, ainsi que nous pouvons en juger par les premiers numéros que nous avons sous les yeux. Elle est extrêmement variée et touche un peu à tout. Qu'est-ce que la statistique n'englobe pas, en effet, aujourd'hui ? Elle sera certainement appréciée. Tout le monde, d'ailleurs, peut en juger. Il suffit d'envoyer sa carte de visite à la direction de la *Revue de Statistique*, 28, rue de Grammont, à Paris, pour recevoir gratuitement cette publication pendant un mois.



NOUVELLES

Un concours pour trois postes de Chefs de clinique sera ouvert du 15 au 25 Juillet, à l'Ecole Dentaire de Paris. Le programme en sera publié dans un de nos prochains numéros.

La Société odontologique allemande s'est dissoute par décision de son assemblée générale en date du 16 avril 1898.

TRIBUNE OUVERTE.

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

Plusieurs correspondants nous demandent d'insérer à nouveau les questions auxquelles il n'a pas été répondu ; nous le faisons volontiers

et nous serions heureux que cette nouvelle insertion provoquât des réponses de nos lecteurs.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

? N° 13. — *Quelle est la provenance de l'aluminium dont se sert* M. Telschow? *Quel est le procédé de soudure? Peut on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire remontant à quelques années déjà?* S.

? N° 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes créés par la vulcanisation?*

? N° 18. — *Qui a dit, à la suite d'un grand nombre de narcoses chloroformiques heureuses:* « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais » *et où trouver les commentaires qui ont accompagné les échecs survenus au même?*

? N° 19. — *Existe-t-il à Paris, en dehors des maisons de fournitures, un retailleur de fraises déjà employées?*

Réponse. — On nous donne l'adresse suivante : M. Boissier, Boulevard de la Gare, Ivry (Seine).

? N° 28. — *Où trouve-t-on des formules de bonnes* pâtes dentifrices? *A défaut, prière d'en donner quelques-unes?* H. V.

? N° 31. — *Quelqu'un peut-il donner les résultats obtenus depuis un an par le nouveau* ciment Telschow? E. D.

? N° 32. — *Nos confrères ont-ils obtenu un meilleur résultat que moi avec* l'or Solila? *Depuis un an, huit ou dix obturations faites avec cet or ont complètement disparu ou sont douteuses.* E. D.

Réponse. — L'or « *Solila* » donne des résultats splendides quand il est travaillé comme il a été démontré. Depuis quatre ans j'ai fait des reconstitutions partielles et même de dents entières et elles sont absolument comme au premier jour.

E. O.

? N° 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs et pour les conserver ainsi jusqu'au moment de leur emploi?*

LI-GA-MAN.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? N° 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller aux congrès de* Marseille *et de* Lyon?

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

CONSEIL DE DIRECTION.

Réunion du 18 *janvier* 1898.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, Löwenthal, de Marion, Martinier, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Martinier donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté sans observation.

M. Bonnard annonce que le crédit voté pour achat de daviers sera dépassé de 10 à 15 francs.

M. Maire s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Godon lit une lettre par laquelle M. Tusseau déclare ne pas accepter le mandat de membre du Conseil de direction.

Après un échange d'observations entre *MM. Stévenin, Papot, Prével, d'Argent, de Marion* et *Löwenthal,* le Conseil prend acte de la décision de M. Tusseau.

M. Godon lit également une lettre de M. Legret, chef de clinique honoraire, informant, qu'il ne peut plus continuer son service. La Commission d'enseignement est chargée d'assurer ce service le samedi.

Il lit ensuite une lettre de M. X., donnant sa démission de professeur. Après diverses observations formulées par *MM. Lemerle, Martinier, Sauvez, Bonnard, Papot, Godon, d'Argent,* il est décidé d'envoyer deux délégués auprès de M. X.

MM. Bonnard et Martinier sont désignés pour cette démarche.

M. Godon rend compte de la visite de M. l'inspecteur Evellin, venu pour clôturer les inscriptions le 15.

Un congé de trois mois est accordé à M. Mendel Joseph, sur sa demande.

M. Muller Haby est nommé membre honoraire de la Société.

M. d'Argent donne lecture d'une note de M. Gœury relative aux heures supplémentaires de travail du personnel. — Renvoyé au bureau.

M. Martinier communique diverses lettres : 1° du préfet de la Seine relative à l'aliénation du fonds de réserve ; 2° de MM. de Croes, Houdoux et de Marion, faisant acte de candidature pour divers concours ; 3° de MM. L. (de Damas), Q. (de Bruxelles) et V., relatives à l'usage de titres conférés par l'École. (Ces trois dernières lettres sont renvoyées au Conseil de famille) ; 4° de divers signataires.

Il est procédé à la nomination de la Commission de répartition des Commissions. Le scrutin donne les résultats suivants :

Nombre des votants........................... 13
Majorité absolue............................. 7

Ont obtenu :

MM. Martinier.........	13 voix	MM. Papot............	4 voix
Lemerle..........	10 —	Prével............	1 —
d'Argent.........	9 —	Richard-Chauvin, de Marion et Löwenthal, chacun.	1 voix
Viau.............	7 —		
Bonnard..........	6 —		
Godon............	6 —		
Sauvez...........	5 —		

MM. Martinier, Lemerle, d'Argent et Viau sont élus.

Il est procédé à un deuxième tour de scrutin pour l'élection d'un cinquième membre. — M. Bonnard est élu.

M. Prével donne lecture du rapport du jury de concours des chefs de laboratoire d'histologie et de bactériologie. Des observations sont présentées par *MM. Bonnard, Prével* et *Godon.*

Il est procédé au vote sur les conclusions de ce rapport, qui sont adoptées. En conséquence, M. Choquet est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de bactériologie et M. Mendel Joseph, chef des travaux pratiques du laboratoire d'histologie.

Sur la proposition de *M. Papot*, président de la commission scolaire, M. Stéphanidès est admis comme élève irrégulier de troisième année,

M. Zarikoff est admis comme élève étranger de première année,

M. Cellerier est admis comme élève étranger de troisième année,

M. de Arvegui est admis comme élève étranger de troisième année,

M. le Dr Poulier est admis comme élève libre.

Sur la proposition de *M. Bonnard*, président de la commission d'enseignement, M. le Dr Launois, médecin des hôpitaux, est nommé professeur titulaire du cours de pathologie générale.

Le Conseil procède ensuite à la nomination du jury du concours de professeur suppléant de ce cours.

Ce jury comprendra : MM. Launois, président ; Isch Wall, et un troisième membre, que le sort désigne, M. Sauvez.

M. Maire est délégué du Conseil à ce concours.

Sur la proposition de *M. d'Argent*, il est nommé une Commission de cinq membres pour élaborer le projet de souscription. MM. d'Argent, Lemerle, Viau, Sauvez et Papot sont désignés pour en faire partie.

M. Godon demande à pouvoir se faire remplacer comme président du jury du concours des chefs de clinique. — Adopté.

M. Francis Jean est nommé membre du jury de ce concours ; M. Touchard, suppléant ;

M. d'Argent est également nommé membre de ce jury ; M. Loup, suppléant.

M. Richard-Chauvin est délégué du Conseil à ce concours.

M. Sauvez donne lecture d'un rapport sur l'Exposition et le Congrès de 1900. Après diverses observations de *MM. Godon* et *Richard-Chauvin*, la nomination du Comité d'organisation de ce Congrès est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Godon fait connaître que MM. Prével, d'Argent, Martinier, Viau, Sauvez, Maire, Tusseau, Bioux, Papot et Stévenin ont été nommés membres du Conseil pour deux ans.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

Réunion du 8 février 1898.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, Löwenthal, Maire, Martinier, Monnet, Papot, Prével, Prest, Sauvez, Stévenin.

Excusés : MM. Richard-Chauvin et Viau.

M. Martinier donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

Il lit une lettre de M. Hofzumahaus posant sa candidature au poste de démonstrateur. — Renvoyé à la Commission d'enseignement.

Il lit ensuite une lettre par laquelle M. C. demande un congé de trois mois. — Après observations de *MM. Bonnard*, *Prest* et *Martinier*, un congé d'un mois est accordé au postulant.

Il lit également une lettre de M. Stévenin relative à l'usurpation du titre *d'ancien élève de l'Ecole*. Il est décidé qu'il sera répondu aux intéressés dans le sens du rapport du Conseil de famille.

M. Martinier fait connaître les destinataires de diverses lettres écrites par le secrétariat de l'Ecole.

Il lit enfin une lettre de M. Liskenne, qui est renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Godon communique une lettre de l'Assistance publique relative au stage clinique hospitalier, ainsi que la réponse faite par l'Ecole.

Il communique également une lettre de l'Académie de Paris relative à l'élève W. et la réponse de l'Ecole.

Il communique enfin une lettre par laquelle M. M... demande la radiation de la peine disciplinaire prononcée contre lui.

Après une discussion à laquelle prennent part *MM. Monnet*, *Papot*, *Godon*, *Bonnard*, *Stévenin*, *Lemerle*, *Prest* et *Sauvez*, le Conseil, n'ayant en rien à modifier ses décisions précédentes, passe à l'ordre du jour.

M. Martinier rend compte de la démarche qu'il a faite, de concert avec M. Bonnard, auprès de M. X.

Des observations sont formulées par *MM. Godon*, *Sauvez*, *Stévenin* et *Bonnard*.

Le Conseil, décide de refuser la démission.

Après observations de *MM. Godon* et *Monnet*, la nomination du bureau et celle des Commissions sont ajournées au mois de mars.

L'admission de Mlle Raïssa Frenkel, diplômée de l'Ecole, comme membre de la Société, proposée par *M. Papot*, est prononcée.

Un congé de trois mois est accordé à l'élève V., sur la demande de l'intéressé, présentée par *M. Papot*.

L'élève L., est dispensé sur sa demande, également présentée par *M. Papot*, des examens pratiques de 1898.

M. Papot propose les admissions suivantes :

M. Hadgi-Antonoglou à titre d'élève étranger de première année.

M. Goukowsky à titre d'élève étranger de troisième année.

M. Besson à titre d'élève étranger de troisième année.

M. Perregaux à titre d'élève irrégulier de première année.

Ces admissions sont prononcées.

Sur la proposition de *M. d'Argent*, les droits d'inscription de l'élève G. sont reportés sur une année ultérieure.

M. Sauvez donne lecture d'un rapport sur l'Exposition et le Congrès de 1900.

Diverses observations sont formulées par *MM. Godon*, *Monnet*, *Sauvez*, *Martinier*, *Papot*, *Bonnard* et *Stévenin*, et les conclusions du rapport sont adoptées.

Il est procédé au scrutin pour la nomination de 5 membres du Comité d'organisation de ce Congrès.

MM. Martinier obtient..	12 voix	MM. Richard-Chauvin obtient.	9 voix
Papot	11 —	Bonnard.......... ..	6 —
Godon............	10 —	Stévenin	1 —
Viau	9 —	Ronnet..............	1 —

MM. Martinier, Papot, Godon, Viau et Chauvin sont élus.

M. Maire donne lecture de son rapport sur le concours pour le poste de professeur suppléant de pathologie générale.

Les vœux formulés dans ce document sont renvoyés à la Commission d'enseignement, après observations de *MM. Papot*, *Sauvez*, *Monnet* et *Godon*.

M. le Dr Mary est nommé professeur suppléant de pathologie générale. Au nom de M. Richard-Chauvin absent, *M. Martinier* présente les conclusions du rapport de ce dernier sur le concours pour le poste de chef de clinique, et propose la nomination de MM. de Croes et de Marion comme chefs de clinique.

Ces nominations sont prononcées, et la Commission d'enseignement est chargée de la désignation des jours de service des nouveaux titulaires.

L'achat de 5 fauteuils est décidé pour la salle de dentisterie opératoire.

M. d'Argent expose, au nom de la Commission nommée, un nouveau projet de souscription à fonds perdus.

Un échange de vues a lieu entre *MM. Godon*, *Sauvez* et *Lemerle*, et le projet est adopté par le Conseil pour être soumis à la ratification de l'assemblée générale.

M. Godon dépose sur le bureau des invitations à prendre part à un Congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Madrid en avril 1898, invitations envoyées par M. Aguilar, de Cadix, secrétaire de la section dentaire adjointe.

Il soumet un projet de décoration de la grande salle de dentisterie.

Le Conseil prend le projet en considération, mais l'ajourne pour le comprendre dans la deuxième série des travaux.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

DERNIÈRE HEURE

Le volume du compte rendu du Congrès de Paris vient d'être adressé à tous les adhérents.

Nous apprenons que le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, d'accord avec le bureau de la Société d'Odontologie et celui de l'Association générale des dentistes de France, prépare pour les 25 et 26 juin une fête professionnelle comprenant :

Visite de la nouvelle installation de l'Ecole ;

Banquet de l'Association générale des dentistes de France ;

Remise des diplômes et distribution des récompenses aux élèves et lauréats de l'année scolaire 1896-97 ;

Séance de clinique de la Société d'Odontologie ;

Séance du Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France.

La Commission d'initiative du CONGRÈS INTERNATIONAL DE 1900, nommée le 8 février 1898 et composée de MM. Godon, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Viau, représentant l'*Ecole dentaire de Paris*, D'Argent, Lemerle, Dr Maire, Dr Sauvez, représentant la *Société d'Odontologie de Paris*, a pris dans sa dernière réunion, le 24 mai, les décisions suivantes :

1° Nomination des huit membres de province du Conseil d'administration de l'Association générale représentant l'*Association générale des dentistes de France*. Ces membres sont :

Nord-Est : MM. Audy (Senlis), Chouville (Saint-Quentin) ;
Sud-Est : MM. Dr Cl. Martin (Lyon), Schwartz (Nîmes) :
Nord-Ouest : MM. Coignard (Nantes), Richer (Vernon) ;
Sud-Ouest : MM. Douzillé (Agen), Torres (Bordeaux).

2° Invitation à l'Ecole Odontotechnique, à son Association, ainsi qu'à la Société Odontologique de France de désigner des délégués en nombre égal pour former, avec les membres ci-dessus désignés, le *comité provisoire* qui aura pour mission, après s'être complété par les délégations d'autres Sociétés, de préparer l'organisation du Congrès de 1900.

3° Fixation d'une réunion générale vers le 25 juin prochain.

ACTES DE LA FACULTÉ

EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Mardi 31 mai, à 1 heure. — 1er : MM. Quénu, Rémy et Poirier.
Mercredi 1er juin, à 1 heure. — 1er : MM. Delbet, Poirier et Sebileau.
Jeudi 2 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Polaillon, Rémy et Thiéry.
Vendredi 3 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Rémy, Poirier et Sebileau.
Samedi 4 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Quénu, Gley et Poirier.

ERRATUM

On nous fait observer qu'en donnant la composition du bureau local du Congrès de Lyon, nous avons indiqué par erreur M. Mandé, tandis qu'il faut lire M. Naudé.

Par suite d'une erreur de mise en pages, les observations qui devaient accompagner dans ce numéro la communication de M. Bonnard sur l'Orthoforme, *ont été omises par l'imprimeur. Nous les publierons dans notre prochain numéro, qui paraîtra avant sa date.*

18e ANNÉE. N° 11. 15 JUIN 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.



L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

Le présent numéro contient une gravure intercalée dans le texte, plus 4 pages de texte en supplément.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AU CONGRÈS DE LYON.

Notre très distingué confrère M. le Dr C. Martin vient, dans une allocution qu'on trouvera plus loin [1], de nous faire part de son intention de saisir le Congrès dentaire qui doit se tenir au mois d'août prochain à Lyon d'un vœu réclamant l'organisation de l'enseignement dentaire dans les universités de l'Etat.

Les Congrès dentaires se sont déjà occupés de cette question si importante de l'éducation professionnelle des chirurgiens-dentistes. En 1895, à Bordeaux, notre regretté collègue P. Dubois avait pensé qu'on ne pouvait mieux inaugurer les Congrès nationaux que par l'étude de cette question et il s'en était chargé d'une manière magistrale, du reste. Son très complet rapport fit l'objet d'une discussion assez étendue entre les partisans des diverses solutions, et finalement le Congrès adopta les résolutions suivantes :

1. Voir documents professionnels page 460.

1° Il est désirable qu'il se crée des écoles dentaires dans les grands centres régionaux, notamment dans les villes où il existe déjà un enseignement de la médecine ;

2° Les écoles dentaires libres étant celles où l'action professionnelle est la plus directe et la plus puissante, c'est cette forme qui est la mieux appropriée pour donner aux étudiants dentistes le maximum de valeur pratique et scientifique ;

3° Partout où cela sera possible le concours et l'appui des autorités universitaires et des municipalités doivent être sollicités ;

4° Les écoles dentaires établies avec le concours des associations professionnelles régionales ou nationales satisfont mieux que les écoles d'initiative individuelle aux intérêts généraux de la corporation.

5° L'assemblée émet le vœu que, dans le cas où il se créerait des écoles dentaires libres en province, il soit créé en même temps un syndicat général des écoles dentaires.

A Nancy, en 1896, et à Paris, en 1897, la question ne fut pas reprise, tant la discussion semblait épuisée, sauf en quelques points de détails concernant le troisième examen par exemple (4e vœu).

Notre excellent collègue de Lyon pense qu'il y a lieu de revenir sur cette question et de rouvrir la discussion. Son allocution est conçue en termes plutôt très aimables à l'égard des fondateurs des écoles, mais elle se termine par un projet de vœu un peu en contradiction avec ceux qui ont été adoptés à Bordeaux en 1895.

Nous nous félicitons pourtant de cette proposition, tant nous souhaitons de voir nos confrères français considérer de plus en plus nos congrès nationaux comme de grandes assises annuelles où doivent se débattre les intérêts généraux de la profession, assises auxquelles les confrères soucieux de l'avenir de leur profession ont tous le devoir de participer. Nous ne voulons pas dès maintenant déflorer la discussion ; seulement, pour la faciliter, nous nous contenterons pour le moment d'un rapide exposé de la question.

Actuellement l'enseignement dentaire est assuré dans deux des principaux centres français, Paris et Bordeaux, par des établissements libres, régulièrement constitués en vertu de la loi de 1875 sur l'ensei-

gnement supérieur libre. L'Etat se contente de surveiller cet enseignement par ses inspecteurs d'Académie et d'en apprécier les résultats par les examens définitifs dont il a gardé la direction ; mais il s'est jusqu'à présent désintéressé de l'enseignement proprement dit et paraît jusqu'à présent avoir accepté la décision du Parlement, considérant que jusqu'à nouvel ordre les écoles libres suffisent pour cette tâche, décision que l'honorable M. Bastid, dans son rapport sur le budget de l'Instruction publique en 1894, a formulée ainsi :

« Les propositions du Gouvernement qui ne prévoyaient pas cette dernière augmentation [1] contenaient une demande de crédit égale en vue d'organiser dans deux Facultés de médecine l'enseignement préparatoire au diplôme de chirurgien-dentiste. Votre Commission n'a pas cru devoir accueillir cette demande. Les raisons que l'on faisait valoir à l'appui de la création projetées sont indiquées de la façon suivante dans la note préliminaire du budget :

» La loi du 30 novembre 1892 impose à l'Etat l'obligation d'organiser » cet enseignement. Il a semblé au Conseil supérieur qu'il était sage » de ne pas l'organiser partout à la fois, mais de commencer par les » Facultés où se trouvaient réunies les meilleures conditions. La dé- » pense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la » nouvelle catégorie d'étudiants. »

» L'Administration fait en outre observer que cet enseignement existe » à la Faculté catholique de Lille.

» Il nous a semblé que la loi du 30 novembre 1892, en rendant obligatoire le diplôme de chirurgien-dentiste pour l'exercice de l'art dentaire, n'imposait pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseignement dans ses Facultés. Il existe à Paris deux écoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en pleine prospérité. On peut prévoir que des écoles de ce genre s'organiseront ailleurs. Si l'on impose cet enseignement dans les Facultés de médecine qui ne le demandent pas, c'est la mort des établissements libres.

» Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle !

» Il aura par les examens et par la collation des diplômes la haute main sur l'enseignement dentaire, il pourra par là veiller à ce que les chirurgiens-dentistes aient les connaissances scientifiques que la loi exige, mais il sortirait de son rôle en voulant tout absorber, et nous ne pensons pas qu'il y ait utilité à créer, en vue de l'organisation de l'enseignement dentaire dans les Facultés, une cause de dépenses nouvelles pour le budget. Nous avons donc rejeté le crédit de 50.000 fr. qui nous était demandé. »

---

1. Les propositions du Gouvernement étaient : 50.000 fr. pour le personnel et 100.000 fr. pour l'installation. Il ne s'agissait pour 1895 que de deux Facultés.

Quelles sont depuis cette époque les conditions nouvelles qui justifieraient une modification à l'état de choses existant ? M. C. Martin ne nous les fait pas connaître. Les trois catégories d'étudiants qu'il signale existent et trouvent dans les écoles dentaires de Paris et de Bordeaux l'enseignement dont elles ont besoin.

Les élèves de ces écoles ont accès aux différents cours de la Faculté de médecine, aux cliniques des hôpitaux, à l'amphithéâtre de dissection, aux laboratoires, etc. Les étudiants en médecine et les docteurs peuvent à leur tour être admis dans les écoles dentaires. Qu'obtiendraient nos élèves de plus si nos écoles étaient annexées aux universités ? Ils y perdraient, dans tous les cas, une administration actuellement plus paternelle que celle de l'Etat, et qui leur sert d'intermédiaire près des pouvoirs publics, et bien souvent se charge de la défense de leurs intérêts ; ils y perdraient également cet enseignement technique qu'ils considèrent comme la partie la plus importante de leur éducation pour l'exercice futur de leur profession, et dont l'Etat se désintéresse et qu'il méconnaît.

Enfin les chirurgiens-dentistes eux-mêmes y perdraient ce qui est au moins aussi important : la direction de l'enseignement qu'ils ont créé, car les administrations de l'Etat sont encore persuadées que seuls les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire offrent, au point de vue universitaire, des garanties suffisantes pour enseigner, comme le témoigne la récente décision du Conseil supérieur de l'Assistance publique de Paris.

Donc M. C. Martin, en soumettant ce vœu à l'adoption des chirurgiens-dentistes, leur propose tout simplement de prononcer leur abdication en matière d'enseignement dentaire, quelque chose comme de jouer le rôle du guillotiné par persuasion.

Et en consentant ce très grand sacrifice, ils n'au-

raient pas la consolation de penser qu'ils l'ont fait dans l'intérêt du progrès professionnel, puisque ce serait au bénéfice d'une classe de dentistes, les docteurs en médecine, dont, si j'en crois M. le Dr C. Martin, « la plupart ont profité de la faculté que la loi leur a accordée d'exercer l'art dentaire sans le connaître, et dont quelques autres ont dû, bien malgré eux, écourter les études spéciales, désireux de procéder, le plus tôt possible, à leur installation définitive ».

Ne semble-t-il pas plus simple que les associations professionnelles procèdent elles-mêmes, comme l'ont fait leurs devancières de Paris, à la fondation des écoles dentaires qui leur paraissent nécessaires dans leur région respective ? La loi les y autorise, les modèles ne manquent pas en France et à l'étranger ; les pouvoirs publics encouragent toujours de telles initiatives ; les universités sont disposées à les accueillir avec sympathie, à leur faciliter leur installation et leur fonctionnement, comme cela a lieu à Paris et à Bordeaux.

Et alors, les associations professionnelles, maîtresses de leur organisation intérieure, pourront continuer à recruter indistinctement leur corps enseignant parmi leurs membres les plus capables, qu'ils soient docteurs en médecine, chirurgiens-dentistes ou même simplement dentistes, pour le plus grand bien du progrès professionnel et celui des élèves.

Quant au projet d'annexion de ces écoles aux universités de l'Etat dont parle M. le Dr C. Martin, nous aurions pu parfaitement l'accepter dans certaines conditions, si les délégués des stomatologistes ne l'avaient rendu impossible par leur attitude intransigeante. En effet, ils déclarèrent à l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Paris qu'ils refusaient d'entrer dans aucun jury ou commission dont feraient partie les simples dentistes, qu'ils comparaient aimablement au zouave Jacob et leur président Magitot

publiait, peu de temps après, de virulentes attaques contre les dentistes et les écoles dentaires. Malgré cela ce projet est peut-être bien en train de se réaliser.

Par le bon fonctionnement des écoles, par les services rendus à l'Etat, les liens se resserrent de plus en plus entre les universités et les écoles dentaires, leurs collaboratrices pour l'enseignement professionnel, et ainsi on s'achemine tout doucement vers l'annexion sans cependant que cette annexion graduelle et volontaire puisse se transformer en une absorption complète, qui serait coûteuse à l'Etat et, à notre avis, nuisible à l'avenir de l'enseignement dentaire français.

Le précédent ministre de l'Instruction publique avait déjà préparé un projet de loi déterminant la situation des établissements supérieurs libres placés dans le ressort d'une université. Cette loi va s'imposer prochainement. Elle fera bénéficier les écoles dentaires des avantages offerts aux autres établissements libres, tout en respectant, dans une certaine mesure, l'autonomie de ces établissements ; et peut être qu'ainsi les désirs de M. le Dr C. Martin et ceux des administrateurs des écoles dentaires y trouveront du même coup satisfaction, ce que nous leur souhaitons de tout cœur, puisque ce sera une cause de division de moins.

CH. GODON.

Travaux Originaux

SUR LE FORMOL ET SON POLYMÈRE, LE TRIOXYMÉTHYLÈNE.

DE LEUR EMPLOI EN CHIRURGIE DENTAIRE ET POUR LA STÉRILISATION DES INSTRUMENTS

Par M. le Dr PITSCH.

La lecture d'un ouvrage intitulé « *De la désinfection des poussières sèches des appartements, par le*

Dr Miquel, Paris, Carré, 1893 », me donna immédiatement l'idée d'essayer en chirurgie dentaire ce merveilleux antiseptique. Depuis j'ai continué mes recherches, et c'est le résultat de ces recherches que je vais décrire dans cette note.

Je laisserai de côté toutes les considérations théoriques, ainsi que le côté historique de la question, pour m'en tenir au côté pratique.

Mais auparavant, deux définitions.

Qu'est-ce que le *formol* ou *formaldéhyde* ou *aldéhyde formique ?* C'est un *gaz* qu'on trouve dans le commerce en solution dans l'eau à 40 o/o, sous le nom de *solutions de formaldéhyde normale.*

Cette solution se trouble quand le flacon a été débouché un certain nombre de fois, par suite de la polymérisation du formol et son passage à l'état de trioxyméthylène. Cette solution est *très caustique.*

Qu'est-ce que le *trioxyméthylène ?* C'est le produit de la polymérisation du formol. Il se présente sous l'aspect du corps solide ressemblant à de l'amidon en morceaux. Il est insoluble dans l'eau, *n'est pas caustique* et dégage constamment du formol même à la température ordinaire.

Ces deux termes bien définis, avant d'entrer dans le sujet, je désire décrire ici en quelques mots le procédé employé par la « Société Française de désinfection » pour assainir un appartement dans lequel a séjourné un enfant atteint de diphtérie par exemple. Cet enfant, tout le monde l'a approché et touché : la mère, le père, les domestiques. On peut donc dire qu'il y a des microbes partout, non seulement dans la chambre du malade, mais à la cuisine, dans les armoires, dans la chambre des bonnes, sous la rampe de l'escalier, etc. — Il est donc évident que pour obtenir une désinfection sérieuse il faut employer un corps gazeux.

Voici comment on procède : supposons qu'il s'agisse d'une maison habitée par une seule famille, un hôtel. Uns employé monte à l'étage supérieur et ferme toutes les fenêtres, il baisse les trappes de cheminées, il ouvre les

armoires et les tiroirs et sort des pièces en laissant les portes ouvertes ; il descend ensuite aux étages inférieurs et en fait autant; enfin il sort de l'immeuble et ferme la porte derrière lui.

Il allume ensuite une lampe à alcool sous un autoclave contenant une solution de formol et portant un tube de cuivre de 1 mill. 1/2 de section, qu'il introduit dans le trou de la serrure. Après 45 minutes de chauffe la désinfection est opérée. L'employé pénètre à nouveau dans l'hôtel pour ouvrir les fenêtres et relever les plaques des cheminées. — L'opération est terminée et le local est *parfaitement aseptique.*

De plus rien n'a été altéré : ni les tentures ni les cuivres ni les dorures ni les ferrures. Le seul inconvénient, et il est bien petit, est l'odeur du formol, qui persiste très légèrement pendant un ou deux jours.

Aucune substance n'a donné jusqu'ici de résultats approchants. Nous pouvons dire que le formol est le *désinfectant idéal.*

Cela dit, je reviens à mon sujet et m'occuperai de l'emploi du formol : 1° *en chirurgie dentaire;* 2° *pour la stérilisation de nos instruments.*

I. — Emploi du formol en chirurgie dentaire.

a) Caries du 4e degré non compliquées de fistules.

Après avoir débarrassé à la fraise la cavité et la chambre pulpaire des débris qu'elles contiennent, je *ramone* immédiatement les canaux avec les forets flexibles de Gates. J'emploie d'abord un foret très petit passant très librement dans le canal, j'avance doucement et par petits *mouvements de va-et-vient.* Je passe ensuite deux autres forets plus gros. Le dernier doit entamer les parois du canal, afin d'enlever la couche superficielle de dentine infectée.

Ici je vais prévenir une objection. On me dira que les forets vont refouler vers l'apex, les débris putrides de la pulpe. C'est faux si l'on emploie les forets piriformes et si l'on

pratique le mouvement du va-et-vient. Si l'on procéde ainsi, on verra les matières sortir du canal à chaque recul du foret. On se rendra encore mieux compte du mouvement des matières et du travail du foret en opérant sur une dent fracturée au milieu de son canal.

Ce ramonage terminé, je sèche soigneusement la dent et j'introduis dans le canal une mèche trempée dans la solution normale de formaldéhyde *pure*. A la première séance je ne laisse pas cette mèche dans le canal et j'obture à la gutta.

J'ai dit plus haut que la solution normale est caustique. Beaucoup de patients accusant une douleur assez vive, je tâte toujours leur sensibilité ; c'est pourquoi je ne laisse une mèche du formol dans le canal qu'à la seconde séance, si mon patient ne se plaint pas du premier pansement.

Si le ramonage a été fait soigneusement, deux, trois pansements au maximum, suffisent.

Voilà qu'elle était ma pratique au début ; mais, frappé de la causticité de formol, j'emploie maintenant le formol contenu dans mon flacon de service, lequel ne renferme jamais plus d'une dizaine de gouttes de solution qui, au contact constant avec l'air du flacon, contient toujours du formol polymérisé, c'est-à-dire en partie transformé en trioxyméthylène. La pratique m'a appris que cette solution est bien moins caustique que la solution pure, tout en étant aussi active. J'ajoute dans mon flacon deux ou trois gouttes de solution tous les cinq ou six jours.

La solution normale devenant très rapidement acide, par suite de la formation d'acide formique, il est bon de la vérifier de temps en temps avec le papier de tournesol, pour pouvoir la neutraliser avec le bicarbonate de soude si besoin est. Mais il faut remarquer que, si l'acide formique est caustique, le formol pur l'est aussi, et que par conséquent on devra tâter la sensibilité de son patient aussi bien avec le formol neutre qu'avec le formol acidifié.

Avant d'obturer définitivement j'introduis dans le canal, *sans bourrer*, une pâte composée de trioxyméthylène por-

phyrisé et de glycérine. Cette dernière ne sert qu'à lier la pâte. Pour les dents inférieures, inutile de faire une pâte ; j'introduis simplement du trioxyméthylène porphyrisé dans les canaux à l'aide d'une curette flambée.

Je vais prévenir ici une autre objection. On a vu que, pour le nettoyage des canaux, je ne me sers jamais de mèches de coton serrées autour d'une sonde suivant la méthode ordinaire. C'est, à mon avis, avec cette pratique qu'on feutre contre les parois du canal et qu'on refoule sur l'apex les produits putrides. On me demandera comment j'opère dans les racines coudées. Je répondrai d'abord qu'on trouve chez les fournisseurs depuis quelques mois des forets extrêmement flexibles permettant d'aborder des canaux d'une courbure très notable, et que, si une courbure trop accentuée ne me permet pas de passer, je n'insiste pas, comptant sur la *grande diffusibilité* du formol pour aseptiser les débris que je n'aurais pu enlever. Qu'on remarque d'ailleurs que, n'ayant pas feutré ces débris contre les parois du canal, ils seront ainsi plus facilement imprégnables par le médicament, d'autant plus que, d'autre part, ils auront été desséchés et par suite rendus poreux.

b) Caries infectées avec fistule.

Je cautérise d'abord le trajet fistulaire, l'alvéole y compris, avec l'électro-cautère, de façon à produire du tissu nouveau. J'opère ensuite, comme pour les cas de 4ᵉ degré simples, mais en *m'efforçant de dépasser l'apex avec mes forets*, de façon à établir une communication franche entre le canal et la fistule.

J'introduis mon formol comme précédemment, mais sans m'inquiéter autant de sa causticité, *qui dans ces cas ne se fait presque jamais sentir.*

Quant aux résultats, ils sont des plus satisfaisants, deux ou trois pansements suffisent. J'ai plusieurs cas de guérison obtenus et maintenus depuis deux ans.

c) Caries du 3e degré.

La rapidité obtenue dans les traitements du 4e degré m'avait donné l'espoir d'abréger aussi ceux du 3e degré.

La statistique que j'ai obtenue est jusqu'ici excellente ; mais on me fera certainement remarquer qu'elle est peut-être trop récente (six mois) pour que la méthode puisse être préconisée sans arrière-pensée. C'est mon avis ; aussi serais-je heureux de voir continuer des recherches dans le même sens afin d'arriver à des résultats probants.

Je vais rapidement exposer mon procédé et les idées qui me l'ont fait employer.

Il faut poser en principe que nous ne sommes jamais absolument sûrs de la propreté de nos instruments. Si nous introduisons dans un 4e degré un outil contaminé, le mal n'est pas bien grand. Il n'en est pas de même pour un 3e degré, d'autant plus que nous trouvons souvent des 3e degrés non infectés. Prenons ce dernier cas. Une lamelle d'ivoire ramolli nous met en présence de la pulpe. Que faire ? Deux procédés sont en présence : le *coiffage* et la *dévitalisation.*

Le coiffage est une opération très délicate, qui est loin d'être sûre. De plus, mon opinion est, et je crois que beaucoup de dentistes sont de mon avis, que toute pulpe qui a vu l'air est destinée à périr.

Quant à la dévitalisation, elle donnerait moins de déboires si l'on ne persistait pas à vider les canaux coûte que coûte. Qui n'a pas eu de périostites après ces manœuvres ? Périostites souvent si douloureuses et si longues à guérir !

Donc j'ai admis que si dans le coiffage (procédé rapide) la pulpe est détruite, dans la dévitalisation elle est aussi détruite.

Le premier procédé ne réussit pas toujours ; avec le second il y a souvent des complications.

N'y aurait-il donc pas un procédé nous permettant d'aller vite sans courir de danger ?

Je crois être arrivé au résultat cherché, non pas avec le

formol, qui n'est *absolument pas toléré par la pulpe*, mais avec le trioxyméthylène, qui, lui, n'est pas caustique et est parfaitement toléré par la pulpe.

Voici comment je procède : à l'aide d'une petite quantité de cocaïne en poudre, j'ampute la pulpe, vidant autant qu'il est possible la chambre pulpaire. Je remplis ensuite cette chambre avec une pâte de trioxyméthylène et de créosote sans bourrer et j'obture au ciment pour éviter la compression.

Jamais je n'ai eu d'accident et pas la moindre douleur.

d) Emploi du formol comme antiseptique buccal.

Après les opérations sanglantes, le formol, comme on devait s'y attendre, est le meilleur des antiseptiques. Après les extractions multiples, difficiles, les greffes, les résultats sont surprenants, et à aucun moment il n'y a mauvaise haleine.

Voici la formule qu'après bien des tâtonnements j'ai adoptée.

Solution de formaldéhyde normale..........	2 grammes
Eau distillée..................................	1.000 grammes
Alcoolat de menthe.........................	5 grammes

Cette solution n'est pas caustique, elle n'a pas même de saveur ni d'odeur, elle peut être continuée pendant très longtemps sans inconvénient à raison de huit ou dix lavages ou bains de bouche par jour.

La menthe n'a sa raison d'être que pour parfumer le médicament et non pour masquer sa saveur, qui est nulle.

Je rappellerai que la solution normale est, à poids égal, vingt fois plus antiseptique que le sublimé, ce qui revient à dire que la solution indiquée plus haut correspond comme action à une solution contenant par litre *40 grammes de sublimé.* La puissance bactéricide est donc considérable.

Cette dose de deux grammes par litre est la dose maxi-

mum. On pourra la diminuer si besoin est, mais il ne faudra pas l'augmenter, car elle ne serait plus supportée, surtout si l'usage de la solution doit être longtemps continué.

II. — Emploi du formol pour la stérilisation des instruments.

1° *Curette et miroirs.*

J'ai à ma portée dans mon cabinet plusieurs vases contenant les solutions suivantes :

Solutions de formaldéhyde normale........	5 grammes
Eau distillée................................	1.000 grammes

Cette solution d'un pouvoir bactéricide intense me sert à tremper mes miroirs, mes curettes, etc. Les instruments sortant de cette solution sont essuyés avec du *coton formolé* et flambés.

Je crois cette pratique la meilleure pour avoir des instruments propres. L'ébullition et l'étuve sont des procédés trop longs:

2° *Étuve à formol.*

Si néanmoins (dans certain cas cela peut être nécessaire) nous voulons aseptiser des instruments en entier, manches compris, nous n'aurons qu'à employer l'étuve à formol des plus simples que je vais décrire.

Dans une boîte en fer-blanc (une boîte à biscuits, par exemple) placez au milieu du fond quelques grammes de trioxyméthylène. A deux ou trois centimètres de ce fond fixez une toile métallique ou quelques fils de fer recourbés. Sur ce treillage déposez les instruments et chauffez doucement pendant deux ou trois minutes avec le gaz placé à une assez grande distance pour éviter de brûler la boîte. Le trioxyméthylème émettra rapidement des vapeurs de formol qui rempliront la boîte et agiront d'autant plus rapidement qu'elles seront chaudes. Au lieu de chauffer au gaz on peut encore placer la boîte sur une casserole contenant de l'eau

en ébullition. Au bout de vingt-cinq minutes la stérilisation est obtenue.

L'étuve décrite n'est certes pas élégante, mais nous pensons que l'étuve doit être un appareil d'atelier, nos cabinets étant suffisament encombrés par l'indispensable. De plus elle ne pourrait coûter meilleur marché.

3° *Godiva.*

Je fais ramollir ma pâte à empreinte dans la solution de formaldéhyde à cinq pour mille, avec laquelle il est pétri au moment de la placer dans le porte-empreinte.

C'est, je crois, le procédé le meilleur pour rendre aseptique le godiva qui ne peut supporter une haute température.

4° *Coton.*

En 1896 je présentais à la Société de Stomatologie un petit appareil destiné à désinfecter nos tire-nerfs en acier, qui sont altérés par le flambage, par l'étuve, par l'ébullition et même par de simples lavages à froid.

Cet appareil se compose de deux fioles de verre semblables, cylindriques, fermées à l'une de leurs extrémités et obturées par un bouchon en caoutchouc percé d'un trou dans lequel passe un tube en verre qui les met en communication constante quand l'appareil est fermé. Dans l'une de ces fioles on place du trioxyméthylène, dans l'autre les sondes à stériliser. Des sondes trempées dans du pus et *non essuyées* ont été trouvées aseptiques au bout d'une nuit passée dans l'appareil.

Le trioxyméthylène émet donc assez de vapeurs de formol pour aseptiser en quelques heures un espace restreint.

On comprend le parti qu'on peut tirer de ce petit appareil. Ainsi, du coton placé le soir dans une boîte avec quelques morceaux de trioxyméthylène sera aseptique le lendemain.

Les clamps seront lavés avec la solution à cinq pour mille dans la journée et passeront la nuit dans une boîte au contact du trioxyméthylène.

Voici comment je procède pour les fraises : j'ai fait fabri-

quer une boîte en bois dans laquelle je range mes fraises par grosseur. Ces fraises sont en nombre suffisant pour suffire au travail de toute la journée. Toutes les fraises qui ont servi sont mises à part ; le soir elles sont brossées à la brosse en crin humide et remises en place dans la boîte.

A l'intérieur du couvercle de cette boîte j'ai cloué un morceau de drap qui le soir est arrosé de solution formolique pure. Ce couvercle étant en place, la désinfection s'opère pendant la nuit.

Ce que je voudrais voir conclure de cette note, c'est que : 1° le formol est un antiseptique extrêmement puissant, donnant d'excellents résultants en chirurgie dentaire et pour la stérilisation des instruments ; 2° le formol étant caustique, nous aurions avantage à le remplacer par son polymère, le trioxyméthylène. Ce dernier corps devra en particulier nous faciliter le traitement des caries du 3e degré, en nous économisant beaucoup de temps.

L'ORTHOFORME ET LE CHLORHYDRATE D'ORTHOFORME EN ART DENTAIRE

Par M. E. Bonnard,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 3 mai 1898).

(Suite)

Nous donnons ci-contre les tableaux des observations qui devaient accompagner dans notre dernier numéro la très intéressante communication de notre collaborateur.

Nous profitons de cette occasion pour rectifier une erreur qui s'est glissée dans la première partie, numéro du 30 mai, page 387, ligne 16. Après les mots *orthoforme en poudre* il convient de rétablir la phrase suivante : *Chez ce malade on appliqua jusqu'à 50 grammes d'orthoforme en poudre par semaine.*

NUMÉROS	NOMS	AGE	PROFESSIONS	QUANTITÉ	TITRE	TEMPS D'ATTENTE	NATURE DE L'OPÉRATION	OBSERVATIONS
1	M. V.	40	garçon de mag.	1cc	10/0	1'	ext. r. 1er p. s. d.	La muqueuse est légèrement anesthésiée sur une zone de 1 cent. carré, le malade a souffert au moment de l'extraction. Le lendemain, induration légère, pas d'eschare.
2	Jules B.	18	imprimeur	1cc	10/0	2"	ext. in. c. sup. g.	Fistule. Anesthésie muqueuse plus profonde, sur un cent. carré. Opération délicate, racine friable. Pas de coloration de la face, pas de sensations spéciales. A souffert. Trois jours après, pas de douleur, ni fluxion, plaie bon aspect.
3	Victoire M.	25	f. de ménage	1cc	10/0	2"	racine m. 6 inf. d.	2" muqueuse anesthésiée. Anémie de la gencive, salive abondante, pas de changement de la face, pas de sensations spéciales; extraction douloureuse, très légère fluxion 3 jours après.
4	M. F.	35	empl. commer.	1cc	10/0	3	r. m. 6 sup. g	Muqueuse insensible 2" après. On la traverse avec des instruments, extraction douloureuse.
5	M. M.	45	peintre	1cc	10/0	5	ext. r. in. lat. inf. d.	Muqueuse anesthésiée, extraction douloureuse, salivation abondante, *saturnin*.
6	Mme T.	38	sans profession	1cc	10/0	5	r. m. 6 inf. g.	Muqueuse anesthesiée après 2", sensibilité revenue au moment de l'opération, douleur.
7	M. G.	33	dessinateur très nerveux	1cc	20/0	2'	r. 1er p. sup. g.	Muqueuse anesthésiée après 2", sensation de brûlure qui cesse presque aussitôt, gencive anémiée. Opération douloureuse.
8	Femme			1cc	»	3'	m. 6 sup. g. périostite	Muqueuse anesthésiée, douleur à la percussion (périostite), douleur légère à l'extraction, anesthésie muqueuse persiste salivation, pas de coloration de la face, légère fluxion, plaie bonne nature 3 jours après.
9	M.	16	élève de lycée	1cc	»	3'	m. 6 inf. d.	Muqueuse anesthésiée, brûlure dans le premier temps, salivation, sang coloré noir, a souffert un peu, revu huit jours après, bonne plaie, pas de fluxion.
10	Justin L.	29	cocher alcoolique tremblements	1cc	20/0	4	m. 6 s. g. deux de cour.	Muqueuse insensible, pas de brûlure, sensation de bien-être. Ne sent rien lorsqu'on lui traverse la muqueuse avec des instruments, n'a pas beaucoup souffert.
11	Franç. H.	25	paveur	1cc	20/0	4	m. 12 sup. g.	*Bouche en fort mauvais état, racines nombreuses*, muqueuse anesthésiée, extraction douloureuse pour les deux racines externes et sans douleur, pour la racine palatine, petit point d'eschare au palais 3 jours après.
	Le même	25	paveur	»	»	5	m. 6 sup. g.	2e opération dans la même séance, même phénomène de muqueuse plus étendu, cependant sang plus noir, moins fluide, n'a pas souffert, léger œdème de la région.
12	Marthe Z.	20	domestique	1	20/0	5	2e p. inf. d.	Nerveuse, crises fréquentes, verse des larmes abondantes avant l'injection, brûlure qui cesse aussitôt, gencive très anémiée, ne sent pas les piqûres des gencives. Salivation abondante : la malade crie pendant l'opération, mais déclare n'avoir pas autant souffert que pour une dent précédente.
13	Marie B.	19	domestique	1cc	30/0	2'	m. 6 sup. d.	Sensation de contraction et de chaleur de la gencive, muqueuse anesthésiée, opération douloureuse. L'anesthésie de la muqueuse se prolonge 10' après l'opération, pas de douleur post-opératoire 3 jours après, plaie bonne nature, pas d'eschare avec léger gonflement qui a duré 2 jours.
14	Maxime G.	23	militaire	1cc	30/0	3'	m. s. sup. d.	Muqueuse anesthésiée après 2', pas de brûlure, pas de sensation spéciale, extraction à la langue de carpe, a un peu souffert. Le malade n'est pas revenu.
15	Jules M.	30	cultivateur	1cc	30/0	3'	ext. m. 12 inf. d.	Mauvais état de la bouche, tartre en abondance, muqueuse anesthésiée, injection fractionnée, pâleur étendue de la muqueuse, anesthésie plus étendue, extraction peu douloureuse, pas d'eschare, légère fluxion 3 jours.
16	M. C.	23	commerçant	1cc	30/0	4'	ext. in l. sup. g.	Fistule, racine très friable, injection occasionne brûlure qui cesse tout de suite, pas de congestion de la face ni sensations spéciales, extraction longue, déclare avoir un peu souffert, petit point d'eschare au palais 3 jours après.
17	Marguerite P.	19	couturière	1	30/0	5	ext. r. m. 6 inf. d.	Injection fractionnée certainement par points multiples, zone anesthésiée étendue, muqueuse décoloré sur une plus grande surface, peu douloureuse, voudrait qu'on recommençât pour la voisine.

NUMÉROS	NOMS	AGE	PROFESSIONS	QUANTITÉ	TITRE	TEMPS D'ATTENTE	NATURE DE L'OPÉRATION	OBSERVATIONS
	La même					5	2e p. inf. d.	Injection fractionnée, anesthésie très étendue profonde, pas d'excitation, pas de troubles fonctionnels, extraction, pas de douleur, 3 jours après légère fluxion, qui est passée lors de la visite.
18	Mme L.	30	lingère	1 cc	4 0/0	2′	r. m. 12 sup. g.	Muqueuse anesthésiée, traversée par des instruments tronqués, pas de douleur, extraction douloureuse, anémie persistante de la muqueuse après l'injection, 2 jours après légère fluxion.
19	Mlle M.	21	couturière très nerveuse anémique	1	4 0/0	4′	1er p. sup. d.	Pas de douleurs à piqûres de muqueuse gingivale, sang plus foncé, extraction très peu douloureuse, légère fluxion le lendemain, disparue le 3e jour, pas d'eschare, cicatrisation rapide.
20	Joseph F.	8		1	4 0/0	5′	1er mol. temp., ayant ses rac.	Anesthésie normale de la muqueuse ; le petit malade rassuré se laisse opérer, mais crie et déclare ensuite n'avoir rien senti, n'est pas revenu.
21	M. F.	28	homme de peine	1	4 0/0	5′	2 p. s. g.	Extraction sans douleur. Opérée devant MM. Touchard et Touvet-Fanton.
22	Femme	30	couturière	1	4 0/0	5′	2 p. inf. g.	Très nerveuse, pleure constamment, piqûre en séton, un peu de douleur à la pression du davier. Dit avoir très peu souffert, revue 8 jours après, a eu quelques douleurs post-opératoires, une fluxion qui a durée 2 jours.
23	Mlle P.	20	domestique	1	4 0/0	7′	1re p. s. g.	Anesthésie gingivale, très prononcée, légère douleur à l'extraction, 8 jours après plaie presque cicatrisée, pas d'eschare, pas de fluxion.
24	Mlle D.	22	employée	1 cc	5 0/0	2	r. 1er p. s. g.	Douleur à l'extraction, anesthésie se prolongeant 10 minutes après l'opération, on traverse à ce moment muqueuse et tissus osseux.
25	D. H.	30	peintre	1	5 0/0	4′	rac. m. 6 inf. d.	Piqûres multiples, extraction sans douleur, anesthésie prolongée. Revue 3 jours après, léger empâtement de la joue, plaie de bon aspect presque cicatrisée.
26	Mlle L.	18	employée	1 cc	5 0/0	6′	m. inf. d.	Soignée pour une maladie nerveuse, extraction très difficile, a souffert après l'opération toute la journée, fluxion qui a duré 5 jours, plaie de bon aspect.
27	M. C.	22	coupeur	1 cc	5 0/0	5′	ext. m. 6 s. g.	Une partie du liquide a été perdue (défaut de seringue), extraction indolore, anesthésie dure 20 minutes. Pas d'eschare 3 jours après, plaie de bon aspect.
28	Mlle B.	20	couturière	1 cc	5 0/0	5	2e p. inf. d.	Injection normale, légère brûlure, puis anesthésie de la muqueuse, a déclaré avoir très peu souffert, pas d'eschare, ni fluxion.
29	Mlle L.	24	institutrice	1 cc	5 0/0	5′	m. 12 inf. d.	Injection normale. Opération difficile qui dure 6 minutes, pas de douleur, légère fluxion qui dure 2 jours, plaie un peu sensible 2 jours après, mais de bon aspect, pas d'eschare.
30	Marie P.	18	bonne	1	5 0/0	5′	m. 12 s. d.	Appareil occulaire examiné par le docteur Antonelli. Légère hypermétropie avec fonctions visuelles absolument normales. Grande amplitude d'accommodation avant l'injection, et cinq minutes après la dernière piqûre. Aucune modification dans l'appareil oculaire, tout au plus légère réduction dans l'amplitude d'accommodation d'un côté comme de l'autre. Cette malade, très énervée par ces divers examens, est très nerveuse, 20′ se sont écoulées depuis la dernière piqûre, on ajoute environ 1/5e de seringue, ce qui représente 1 centigramme d'anesthésique. Opérée par M. Touvet-Fanton, pas de douleur, pas d'eschare, très léger empâtement de la joue 3 jours après. Urine examinée par M. Vicario, résultat nul.
31	Jeanne V.	14	confectionneuse	1	5 0/0	5	m. 6 inf. d.	Malade très douillette, manifeste de la douleur et crie aussi bien au toucher digital de la partie injectée que des autres parties de la bouche, opération normale, a crié, a déclaré avoir souffert un peu et finalement n'avoir rien senti, mais avoir eu peur, pas de fluxion ni eschare 3 jours après.
32	Mme D.	26	cuisinière	1	5 0/0	5	m. s. inf. d.	Maladive, a des crises nerveuses fréquentes. Opération très difficile, racines cachées par la muqueuse dilacérée et la molaire de 12 ans, opération essayée à deux reprises par deux dentistes de la ville. Opération dure 10 minutes sans qu'on puisse y parvenir. Même à la langue de carpe n'a ressenti aucune douleur.

NUMÉROS	NOMS	AGE	PROFESSIONS	QUANTITÉ	TITRE	TEMPS D'ATTENTE	NATURE DE L'OPÉRATION	OBSERVATIONS
33	Victori. L.	18	mécanicienne	1	50/0	5	1re p. i. d. 2e p. i. d.	Hystérique, périostite de la première prémolaire, extraction de ces deux dents par M. Touvet-Fauvton. N'a rien senti, pas de fluxion ni d'eschare.
34	M. M.	57	(hémiplégique)	1	50/0	5'	m. 6 i. d.	Dent très excavée, très friable, périostite, n'a pas souffert. Pas de fluxion le lendemain, plaie de bon aspect non douloureuse.
35	Femme	26	ouvrière	1 1/2	50/0	4'	r. m. 6 i. d. 2e p. i. d.	Ces deux extractions sont faites sans aucune douleur. La malade réclame une nouvelle opération.
	La même			1	50/0	4'	rac. m. 6 s. g.	Opération faite dans la même séance avec en plus un autre centimètre cube d'anesthésique. Opération au pied de biche, pas de douleur 3 jours après, pas d'eschare, légère fluxion du côté gauche, alors que des injections ont été faites des deux côtés.
36	Femme	20	porteuse de pain	1	50/0	5'	m. 6 s. d.	Opération laborieuse, racines couvergentes, pas de douleur, pas d'eschare ni fluxion.
37	Femme	28		1	50/0	5	m. s. inf. g.	Très difficile, piqûre en séton. On perd un peu de liquide, pas de douleur, n'est pas revenue.
38	Homme	28	mécanicien	1	50/0	5'	1re et 2e pr. sup. d.	Ces deux extractions ont été faites avec 1 cent. cube, le malade n'a pas souffert. très petite eschare à l'endroit d'une piqûre en séton.
39	M. P.	18	comp. d'impr.	1	50/0	7'	m. 6 s. d.	Injection divisée, opération normale, pas de douleur, n'est pas revenue.
40	M.	17		1	50/0	4'	m. 6 s. g.	Extraction très difficile et longue. déclare avoir senti très peu.
41	Mlle B.	25	fleuriste	1	50/0	5'	m. 12 s. g.	Deux dents sont enlevées ensemble par l'opérateur (un étudiant), sans qu'il y ait de sa faute, les deux étant réunies, très peu de douleur.
42	Charlotte	17		1	50/0	5'	m. 12 s. g.	Extraction normale. pas de douleur, pas de douleurs consécutives, légère fluxion qui a duré 2 jours, plaie de bon aspect. cicatrisation avancée.
43	M. L.	29	boucher	1	50/0	5'	m. 6 s. d.	Opération qui dure 20 minutes, pas douloureuse au début, mais sensibilité revient à la fin, pas de fluxion.
44	M. L.	26	serrurier	1	50/0	5'	m. 12 i. d.	Injection et opération normales, déclare n'avoir absolument rien senti, pas d'eschare ni fluxion.
45	Mme R.		femme ménage	1	50/0	5'	m. 6 sup. d.	Périostite, nerveuse à l'excès, on n'a pu avoir de renseignements probants tant elle était émotionnée, mais certainement n'a pas souffert.
46	M. G.	42		1	50/0	5'	r. 1er p. inf. d.	Nerveuse, peureuse se laisse difficilement approcher, déclare avoir fort peu senti : 3 jours après, pas de douleur ni eschare.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du 5 avril 1898.

Présidence de M. d'Argent, président, puis de M. le Dr Sauvez, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. d'Argent. — Le procès-verbal de votre dernière réunion a été publié dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 mars; quelqu'un a-t-il des observations à y présenter ?

M. Friteau. — J'ai une rectification à faire.

Page 248, M. le Dr Sauvez me fait dire que j'ai attribué à la cocaïne beaucoup de cas de mort. Qu'on veuille bien relire ma communication et l'on n'y verra rien de pareil. J'ai simplement dit qu'en 1889 la cocaïne était accusée de 126 accidents mortels ou autres et que, grâce aux remarquables discussions du Pr Reclus, elle n'était plus aujourd'hui coupable d'aucun délit. Je n'avais d'autre but, en écrivant ces phrases relatives à la cocaïne, que de montrer ce que l'on peut faire avec des statistiques ; je ne suis pas assez ignorant de la littérature contemporaine pour ne pas savoir que la cocaïne n'a plus une seule mort à son actif. D'ailleurs, si ma mémoire m'est fidèle, il me semble que l'on met dans la bouche du Dr Sauvez une phrase qu'il n'a pas prononcée. Il me souvient que mon excellent confrère a, en effet, relevé cette partie de ma communication pour conclure avec moi au peu de valeur scientifique des statistiques, dont on tire, avec quelque habileté, tous les arguments dont on a besoin. Le Dr Sauvez se rappellera ce qu'il a dit ; quant à moi, je n'ai jamais formulé sur la cocaïne une accusation que je savais fausse ; ma communication écrite, à laquelle aucun mot n'a été changé, est d'ailleurs là pour me justifier.

Voici maintenant une seconde rectification.

Page 249, M. Lemerle me fait dire que les chirurgiens-dentistes « n'ont pas le droit de pratiquer *seuls* l'anesthésie générale ». Ma communication ne contient rien de semblable.

Tout ce qui, dans ma note, a trait à la jurisprudence professionnelle se rapporte uniquement à la situation examinée par M. d'Argent, c'est-à-dire à la part de responsabilité légale encourue par le chirurgien-dentiste assisté d'un docteur en médecine. Qu'on veuille bien relire le 3e alinéa de la page 245 et l'on y verra nettement (les mots sont même en italique) que je n'ai examiné que le cas où le chirurgien-dentiste était assisté d'un docteur en médecine. Je n'ai dit nulle part que cette assistance était nécessaire ; j'ai dit que, pour sa sécurité personnelle, le chirurgien-dentiste devait demander

au médecin des renseignements sur la santé de son malade. J'ai ensuite examiné ce qui se passait, dans ce cas-là, au moment du choix de l'anesthésiste. Mais je ne crois pas avoir dit quelque part que l'assistance d'un docteur était nécessaire. Cela équivaut à me présenter comme un adversaire du droit à l'anesthésie générale que la loi de 1892 vous a donné. La phrase de M. Lemerle, que je ne me rappelle pas avoir entendue, car je l'aurais immédiatement relevée, me paraît donc porter à faux : elle accuse de combattre l'un des droits que la loi vous a conférés celui dont les paroles et les actes n'ont eu, n'ont et n'auront jamais d'autre but que de défendre les droits que votre travail vous a permis de conquérir et qui me semblaient compromis par certaines assertions de M. d'Argent.

Je n'ai pas dit, que je sache, que le chirurgien-dentiste a besoin du médecin pour pratiquer l'anesthésie, et si par hasard je l'ai dit, je n'ai pas voulu le dire.

Le procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

M. d'Argent. — Vous pouvez constater que nous avons apporté une modification au service de nos comptes rendus : nous avons adjoint à notre secrétaire-rédacteur, qui nous donne un compte rendu analytique, un sténographe qui nous donnera le compte rendu in-extenso. Nous désirons savoir si nos procès-verbaux peuvent y gagner et, dès la prochaine séance, nous pourrons juger du résultat obtenu.

Avant d'aborder l'ordre du jour, je cède la présidence à M. le Dr Sauvez pour l'examen d'un fait spécial.

M. le Dr Sauvez remplace M. d'Argent au fauteuil. Après une communication du bureau et une discussion à laquelle prennent part MM. *Sauvez*, *de Marion*, *Dr Roy*, *Martinier*, *Richard-Chauvin*, *Godon*, l'ordre du jour présenté par le bureau est retiré sur la proposition de *M. d'Argent*, président ; l'ordre du jour pur et simple est mis aux voix et adopté.

M. de Marion. — Je vous demande quelques instants de bienveillante attention pour relever certains passages de la note dont M. le Dr Friteau vous a donné lecture dans la dernière séance.

Je partage à peu de chose près sa manière de voir sur l'opportunité de l'anesthésie générale dans les extractions dentaires. Les considérations qu'il a développées à ce sujet sont d'un ordre élevé, et tous, à moins de parti pris, nous devons être de son avis.

Je regrette que le Dr Friteau ne s'en soit pas tenu à la critique des anesthésiques et qu'il ait cru devoir faire connaître à la Société son opinon personnelle sur la responsabilité encourue en cas d'accident par tout chirurgien-dentiste assisté d'un docteur en médecine.

Cette opinion est dans tous les cas fort discutable.

On vous conteste non seulement la moindre connaissance du

diagnostic des insuffisances ou des rétrécissements valvulaires, mais encore on vous a dit, et vous avez entendu sans protester, que vous n'avez aucun moyen d'acquérir ces connaissances. En un mot vous êtes incapables d'exercer votre profession dans tous ses effets, tels que le législateur a voulu les comprendre.

Une semblable opinion m'étonnerait moins, si elle venait d'un membre de notre Société étranger à l'école ; mais émise par un membre du corps enseignant, professeur suppléant à cette école, elle justifie, ce me semble, la protestation énergique que je formule ici et à laquelle, j'en suis certain, vous vous rallierez.

Je n'ai qu'à consulter le programme de l'enseignement qui se donne dans cette enceinte et je vois que M. le professeur de pathologie générale enseigne théoriquement les maladies du cœur dans son cours du mercredi soir. Théoriquement encore, M. le professeur d'anesthésie explique dans son cours du lundi soir les indications et les contre-indications du sommeil anesthésique. Enfin, dans les démonstrations pratiques d'anesthésie du mardi matin, MM. les professeurs chargés de ces services initient les élèves aux pratiques de l'auscultation.

J'oubliais de signaler encore les leçons au lit du malade dans les hôpitaux, où nos élèves apprennent à connaître les maladies du cœur.

Contrairement à l'opinion de M. le Dr Friteau, nombre de malades se déshabillent dans nos cabinets pour un examen qui n'a rien que de très médical. Je suis certain que mes confrères ne me démentiront pas lorsque j'avance que la plupart d'entre eux exigent que leurs clientes dégrafent leurs corsets avant de pratiquer une injection de cocaïne.

Je ne discuterai pas lequel des deux, du médecin ou du chirurgien-dentiste, serait inquiété à la suite d'un accident survenu au cours d'une opération où le premier donnerait l'anesthésie et le second opérerait.

Nous pourrions discuter sur ce sujet pendant de longues séances en perdant un temps précieux ; notre opinion ou nos vues diverses n'influenceraient en rien le tribunal chargé de juger la question. Nos conseils judiciaires sont bien mieux placés, ce me semble, pour élucider ces questions.

Il ne reste à retenir de cette discussion que l'état d'infériorité dans lequel on cherche à ramener le chirurgien-dentiste.

Je me suis vivement élevé dans un de nos journaux professionels contre un de nos confrères des plus sympathiques et des plus estimés, parce que je crois qu'il est de mauvaise politique de s'occuper ici de questions de ce genre, et aussi parce que je dénie à quiconque d'entre nous de s'ériger en quelque sorte en arbitre de ses confrères.

M. le Dr Friteau va plus loin encore ; je cite textuellement ses paroles : Le chirurgien-dentiste « par les examens eux-mêmes aux- » quels la loi le soumet, *est censé n'être pas apte* à faire le diagnostic » des tares et des contre-indications à l'anesthésie générale ».

Laisser passer ces mots sans protester avec la dernière énergie serait reconnaître leur justesse.

L'instruction en médecine générale que nous avons tous pu acquérir pour exercer les droits que la loi nous a donnés nous permet de négliger l'opinion d'une personnalité.

Si parmi nous il se trouve des confrères qui n'ont pas voulu suivre le mouvement de relèvement scientifique donné à la profession tout entière, nous ne pouvons que déplorer ces rares défaillances.

Un mot pour finir. On oublie trop que c'est un de nos confrères, simple dentiste, qui a doté l'humanité de l'admirable découverte de l'anesthésie. Pendant bien des années, sous prétexte de sécurité, la jouissance de cette découverte nous était interdite. Grâce à l'énergie, à la persévérance et au dévouement de ceux que depuis longtemps vous voyez toujours à votre tête, nous avons reconquis nos droits.

Au nom de la profession tout entière, je vous adjure de ne pas laisser discuter ces droits.

Je demande à ajouter deux mots. Je pense que dans notre Société nous ne devons pas attaquer des questions de politique professionnelle. Si on laisse la discussion s'engager dans cette voie, on abandonne la question de la science pure et, un jour ou l'autre, nous aurons à nous repentir d'avoir émis de telles opinions.

M. le Dr Friteau. — M. de Marion prétend que j'ai contesté aux dentistes le droit à l'anesthésie générale. J'ai examiné le cas où le chirurgien-dentiste se ferait assister par un docteur et j'ai conclu qu'à mon sens le premier n'est pas responsable, mais bien le second. Je crois qu'un juge d'instruction ira chercher la responsabilité chez celui qui est le plus compétent en matière de contre-indications anesthésiques ; or ce n'est pas, suivant moi, le dentiste, mais bien le médecin. Voilà tout ce que j'ai dit et je n'ai pas voulu dénier à celui-là le droit à l'anesthésie. Quand un chirurgien-dentiste se trouve en présence d'un docteur, c'est celui-ci qui fait le diagnostic des tares ; mais je n'ai pas dit que celui-là n'est pas capable de le faire.

M. Godon. — Grâce au rapport de M. Sauvez, nous avons eu plusieurs séances fructueuses consacrées à l'anesthésie, ce qui prouve qu'avec des questions étudiées à l'avance nos réunions sont mieux remplies, et je serais bien étonné qu'on n'y eût rien appris.

Une dernière question reste à examiner : celle de la responsabilité. M. d'Argent estime que le dentiste est responsable, parce que c'est lui qui est titulaire du cabinet et qu'il se fait simplement assister.

M. Friteau dit, au contraire, qu'on ne pourra pas l'incriminer, parce qu'il n'est pas par ses examens apte à pratiquer l'anesthésie. Pourtant le cas du dentiste qui peut se faire assister par un docteur est le cas le plus rare, car alors l'anesthésie deviendrait une chose de luxe. Or, le public de la classe moyenne a bien assez de payer une consultation, sans qu'on lui impose encore la dépense qu'entraîne la présence d'un docteur, ce qui équivaudrait dans la plupart des cas à le priver du bénéfice de l'anesthésie.

Quoi qu'il en soit, la responsabilité du chirurgien-dentiste sera, à mon avis, engagée. La loi lui a conféré des droits et même des devoirs, témoin ce qui se passait récemment à la Faculté de médecine. Un examinateur demandait à un candidat au diplôme de chirurgien-dentiste ce qu'il ferait dans un cas où l'anesthésie générale serait nécessaire. Ce dernier répondit qu'il ne ferait pas d'anesthésie lui-même, sur quoi l'examinateur répliqua : « Vous devez en faire, vous n'avez pas le droit de priver un malade des bienfaits d'une conquête de la science ». Si, vous n'avez pas le droit de priver la clientèle de l'anesthésie générale, si vous avez le devoir de la pratiquer, posez-vous alors la question de savoir quelles connaissances sont nécessaires au dentiste pour qu'il soit apte à l'administrer. Ce qui témoigne bien que nous sommes de l'avis de M. Friteau, sur le degré de savoir des praticiens, c'est que nous avons multiplié les cliniques d'anesthésie, que nous avons organisé des cliniques médicales et chirurgicales pour nos élèves dans les hôpitaux, afin de faire de nos étudiants de véritables spécialistes en anesthésie générale. Nous souhaitons en un mot qu'à l'école et dans la clientèle on ne fasse plus d'extractions sans anesthésie et que les dentistes aient une compétence reconnue en cette matière.

M. de Marion. — Si M. Friteau avait mis dans sa note ce qu'il a dit tout à l'heure, je n'aurais pas parlé ainsi (il donne lecture d'un passage de la note de M. Friteau). C'est pour cela que je me suis élevé contre les paroles de M. Friteau.

M. le Dr Friteau. — M. de Marion me semble bien malvenu à se plaindre, car il ne s'est pas gêné pour malmener les docteurs en médecine, prétendant que les anciens internes en médecine ne connaissent pas l'anesthésie.

Quant à moi, j'ai voulu, en cherchant à établir les responsabilités, donner des armes à celui qui aurait un cas de mort chez lui, et je n'ai eu nullement l'intention d'amoindrir le corps des dentistes, pour lequel j'ai la plus profonde estime et même de la reconnaissance.

M. d'Argent. — Personne ne demande plus la parole sur la question ? Nous passons à la suite de l'ordre du jour.

I. — Présentation d'une nouvelle presse a moufles par M. Mamelzer.

M. Mamelzer. — Je vous présente une presse dont le modèle a été indiqué par M. Amoëdo et qui a pour but de presser le caoutchouc à une température déterminée. Lorsqu'on chauffe le moufle directement au gaz, on dessèche le caoutchouc, on le détériore ; la chaleur humide est bien préférable.

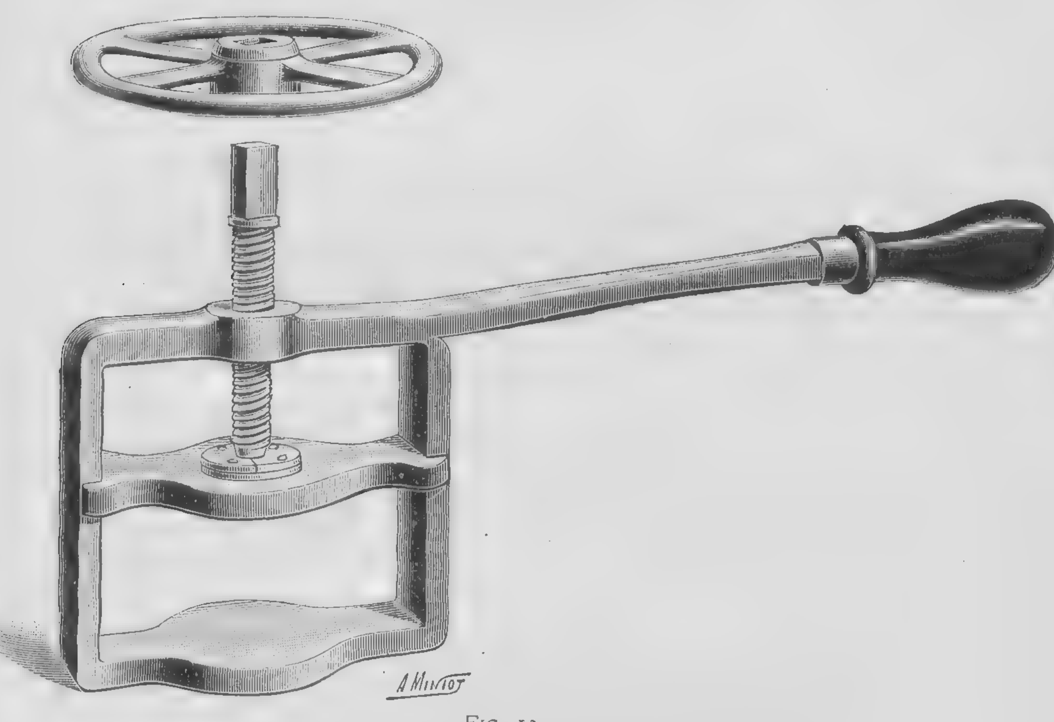


Fig. 13.

Voici comment on procède : quand le moufle est bourré, on le place dans la presse et on met celle-ci dans une casserole d'eau en ébullition ; lorsqu'on juge que le moufle est suffisamment chaud, on n'a plus qu'à serrer progressivement, sans avoir à déployer de force. Le volant, à l'aide duquel on serre, est démontable de façon qu'il ne puisse s'échauffer, et, la contre-plaque dont est munie la presse ne pouvant tourner, le moufle descend bien régulièrement.

M. Swaycarski. — Cet appareil est très avantageux parce qu'il permet de serrer le moufle dans l'eau ; seulement on risque de se brûler la main.

M. Mamelzer. — On peut retirer la presse.

M. Swaycarski. — Il faut, au contraire, la laisser dans l'eau et continuer de presser; mais on pourrait appliquer une griffe au volant et on éviterait ainsi les brûlures.

M. Mamelzer. — On peut faire une clef.

M. Amoëdo. — J'avais conseillé de faire une vis plus longue, afin d'avoir la main plus éloignée de l'eau ; mais, de toute façon, on ne se brûle pas, car il y a peu d'eau.

M. Mamelzer. — On pourrait encore retirer la casserole du fourneau.

M. Loup. — L'appareil manque de stabilité à cause du bras de levier qui est extrêmement long.

M. Mamelzer. — Je vous présenterai prochainement un deuxième modèle, pouvant se fixer à l'établi et permettant de faire le celluloïd.

M. d'Argent. — L'appareil ne peut être bien jugé que par celui qui s'en est servi. Les leviers cintrés sont toujours préférables aux leviers unilatéraux, car dans ce dernier cas un appareil manquerait de stabilité.

Il faut remercier M. Mamelzer de sa présentation et M. Amoëdo de son invention.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le secrétaire général,
Dr MAIRE.

Réunion du mardi 3 mai 1898.

Présidence de M. D'ARGENT, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. d'Argent. — Le procès-verbal de notre dernière séance n'est pas encore publié ; il a nécessité un travail de revision considérable, à cause de sa longueur due à la fusion du compte rendu sténographique et du compte rendu analytique ; son adoption se trouve ainsi ajournée.

Nous avons reçu de M. Schwartz, de Nîmes, une lettre priant les membres de la Société qui emploient un système de notation dentaire de vouloir bien le lui faire connaître pour un travail qu'il se propose de présenter à la réunion-congrès de Marseille.

Nous avons reçu également de M. Chapot, secrétaire de l'Association générale des dentistes du Sud-Est, une lettre, nous demandant d'annoncer cette réunion en séance. Or, le journal a déjà publié la circulaire que M. Chapot nous a adressée et le programme des travaux et des fêtes projetés.

A ce propos, je dois vous faire connaître que notre groupe a désigné MM. Lemerle, Richard-Chauvin et Papot comme délégués

à cette réunion, et je ne crois pas qu'on eût pu faire un meilleur choix. Je vous prie donc de vous joindre à moi pour remercier ces messieurs d'avoir bien voulu accepter de nous représenter. (*Applaudissements.*)

L'ordre du jour portant une communication de M. le Dr Roy, je lui donne la parole.

I. — Des contre-indications de l'anesthésie locale, par M. le Dr Roy.

M. le Dr Roy donne lecture d'un travail sur cette question. (Voir *Travaux originaux*, n° du 30 mai.)

DISCUSSION.

M. le Dr Sauvez. — M. Roy me reproche de m'être égaré dans la discussion. C'est un reproche que je ne mérite pas, car je n'ai pas ouvert la discussion sur les indications ou les contre-indications de l'anesthésie locale.

Son argumentation porte sur un point : un malade nous demande si nous ne lui ferons pas de mal ; nous ne pouvons répondre sur ce point avec une certitude absolue. Pour ma part, je ne puis m'engager à opérer sans douleur aucune, si ce n'est avec l'emploi du chloroforme.

En cas de périostite aiguë, certainement le malade souffrira et il y a assurément de la douleur après l'extraction. Vous serez donc obligés de recourir à un anesthésique à longue action, sans que je nie pour cela qu'avec l'anesthésie locale on puisse obtenir de bons résultats. Les injections, dit M. Roy, sont impraticables dans certains cas ; mais n'avons-nous pas alors la ressource des aiguilles recourbées ?

Pour le trismus la douleur doit être très violente ; aussi ne suis-je pas uniquement partisan de l'anesthésie locale.

Nous n'avons pas à nous occuper de la condition sociale du patient et, à ce point de vue, il n'y a jamais nécessité d'enlever un nombre considérable de dents à la fois. Il ne faut pas nous borner, en effet, à agir comme médecins ou comme dentistes, et nous ne devons pas oublier que nous avons avant tout une mission humanitaire à remplir.

M. le Dr Roy. — Je n'ai pas dit que M. Sauvez s'est égaré dans la discussion, mais bien que la discussion engagée sur son rapport s'est égarée. La discussion a porté alors sur le point de savoir s'il faut employer l'anesthésie générale ou l'anesthésie locale, tandis que mon travail a pour but de rechercher les cas dans lesquels cette dernière est contre-indiquée, ou inversement de déterminer ceux où elle est indiquée.

M. Sauvez ne peut pas déclarer qu'il ne fera pas de mal à son patient avec l'anesthésie locale ; il ne le pourrait pas davantage avec l'anesthésie générale. Certes les cas où la première est sans effet sont rares; mais ils n'en subsistent pas moins. Toutefois, en vous les signalant, je n'ai pas entendu vous donner une certitude absolue, mathématique. Il est évident cependant qu'on peut en citer où l'on ne fera pas de mal : c'est ainsi que M. Sauvez cite celui de la dent chancelante. Cet exemple est bien choisi ; mais c'est le cas le plus simple. Eh bien, il m'arrive à chaque instant de dire à un malade qu'il ne souffrira pas, et aujourd'hui encore j'ai eu affaire à un sujet qui n'avait jamais été opéré (une femme) et à qui j'ai assuré que je ne lui causerais aucune douleur. Il en fut ainsi en réalité, et je n'avais pas dix chances sur cent de me tromper. On peut très bien rencontrer des malades qui crient sans avoir souffert.

Quant à la douleur post-opératoire, M. Sauvez reconnaît que c'est la plus sérieuse, que les opérations sont beaucoup plus douloureuses quand il y a abcès et que c'est avec l'anesthésie générale qu'on obtient le meilleur résultat, parce que la sensibilité reparaît bien après que l'opération est terminée. Ces considérations n'infirment en rien ce que j'ai dit.

Pour la dent de sagesse inférieure, on ne peut l'enlever sans douleur avec l'anesthésie locale. J'avertis dès lors le malade que l'anesthésie ne sera peut-être pas complète ; c'est pour n'avoir pas été prévenus de cela que certains malades prétendent qu'on leur a appliqué la cocaïne et qu'elle ne leur a pas réussi. Il ne faut donc employer l'anesthésie locale que si elle peut donner un succès. Eh bien, dans ce cas particulier, avec l'injection de cocaïne, j'ai obtenu une atténuation de la douleur, mais pas d'anesthésie absolue.

M. Sauvez prétend également que le nombre de dents n'est pas un facteur qu'on doit faire intervenir. Il existe pourtant certains cas où l'état général du malade exige que les opérations soient faites dans un délai assez court ; c'est ainsi que dernièrement j'ai eu l'occasion de pratiquer un grand nombre d'extractions à une femme dont l'état nerveux était tel qu'il importait de lui éviter des opérations répétées ; j'ai eu recours à l'anesthésie générale, et il me semble que dans ce cas elle était absolument indiquée.

M. Amoëdo. — Dans ma thèse de doctorat je viens de terminer un chapitre intitulé : contre-indications de l'anesthésie générale, et je suis d'accord avec M. Roy.

M. le D[r] Roy. — Je n'ai pas pris pour titre de mon travail : contre-indications d'un anesthésique local, parce que j'ai étudié l'anesthésie locale sans m'occuper en particulier d'aucun mode de l'administrer ; les réfrigérants, par exemple, n'ont point de contre-indication ; j'ai voulu rechercher les cas dans lesquels, l'anesthésie locale ne pouvant

être employée avec succès, on doit faire choisir au malade l'anesthésie générale ou l'opération avec douleur.

M. d'Argent. — A mon point de vue, la question a été très bien posée par M. Roy ; mais il n'existe aucun anesthésique qui permette d'affirmer à un malade qu'il ne souffrira pas. Peut-on savoir si un malade a crié sous l'influence de la douleur ou par peur ? Ni un anesthésiste général ni un anesthésiste local ne peuvent assurer que le malade ne criera pas, et si un malade a crié dans l'anesthésie générale, on ne peut pas dire qu'il n'est pas dans les mêmes conditions que celui qui a crié dans l'anesthésie locale.

M. Roy a divisé les contre-indications en quatre groupes; mais comment peut-on les généraliser ? L'anesthésie locale n'est pas aussi expérimentée qu'elle devrait l'être ; d'autre part, la méthode à employer joue un rôle capital. Si l'on pouvait éliminer les insuccès qui proviennent d'une seringue fonctionnant mal, d'une injection mal introduite, en un mot toutes les causes d'échec imputables à la méthode, on aurait la même réussite dans tous les cas. Quand une dent est anormalement faite, quand elle a la racine crochue, nous avons des surprises inattendues; l'extraction d'un sommet radiculaire est souvent difficile à obtenir à l'aide du davier. Il faut donc écarter, lorsqu'on échoue avec l'anesthésie locale, les causes d'insuccès provenant d'une mauvaise application du procédé d'anesthésie ou d'extraction.

M. Roy estime qu'en ayant recours à l'anesthésie locale on provoque toujours de la douleur dans l'extraction d'une dent affectée de périostite aiguë. Je suis, pour ma part, d'un avis absolument opposé et je trouve que cela dépend du procédé qu'on emploie. M. Sauvez nous dit qu'il cerne la dent avec des piqûres de cocaïne. J'y ajoute, quant à moi, l'aide du réfrigérant et je réussis. Or, si j'ai des succès, il n'y a pas de raison pour qu'ils ne se généralisent pas.

Restent les abcès. Dans l'abcès dentaire la dent est très ébranlée, et si l'on agit sur elle assez longtemps avec les refrigérants, on la voit dans bien des cas sortir sans douleur. Si donc j'ai des réussites, je suis armé pour dire à mon malade qu'il peut se trouver ne pas souffrir.

Quant au siège de l'extraction, on peut administrer la cocaïne et les réfrigérants dans toutes les parties de la bouche. De plus, il n'y a pas de dent dépourvue d'insensibilité. Dans la dent de sagesse du bas, dira-t-on, la salive n'est-elle pas une contre-indication à l'emploi des réfrigérants ? Non ; il suffit de faire trois réfrigérations successives alternant avec le rejet de la salive pour réussir non sans peine.

Arrivons au cas où une dent a entraîné un trismus du maxillaire. L'anesthésie générale vaut-elle mieux alors que l'anesthésie locale ?

L'opération sera-t-elle rapide ou non ? Le malade, ne l'oubliez pas, ne vient pas en aide à son opérateur ; généralement l'opération est pratiquée dans le lit, et l'oreiller ne présente pas le même point d'appui qu'une têtière, les conditions ne sont donc pas favorables. Eh bien, parfois les dents sont bien extraites avec une simple piqûre de cocaïne.

En ce qui concerne le nombre de dents à avulser, M. Roy cite un cas où sa malade, très nerveuse, était dans des conditions difficiles pour des séances d'extractions répétées avec la cocaïne. Pouvait-il affirmer, dans son exemple, que l'anesthésie générale serait pratiquée sans danger ? Certes, s'il est toujours à craindre que le malade n'en subisse le contre-coup, chez les sujets nerveux, c'est presque constant. Je préfère pratiquer les opérations multiples à l'aide du coryl. Or, j'ai voulu savoir jusqu'où irait la résistance du malade et j'ai extrait, en 6 ou 7 minutes tout au plus jusqu'à 17 racines dans une séance d'étude clinique. Je suis donc d'avis que, dans les opérations multiples, l'anesthésie par réfrigération s'applique parfaitement; je ne dis pas qu'elle est absolument complète, mais le résultat est suffisamment encourageant, d'autant plus qu'on peut garantir l'innocuité absolue.

M. Roy. — J'ai considéré simplement ce fait : un malade veut se faire enlever une dent et ne veut pas souffrir ; comment faut-il opérer ? J'ai examiné les cas et j'ai dû recourir à la statistique. Il ne s'agit pas de réussir seulement dans un grand nombre de cas, il faut que l'insuccès soit une exception. Avec les procédés actuels, dans tous les cas autres que ceux que j'ai écartés, ce que vient de dire M. d'Argent n'infirme pas ce que j'ai avancé. M. d'Argent attribue les insuccès à des défauts opératoires. Eh bien, pour des opérations faites absolument dans les mêmes conditions, où l'on ne perd pas une goutte de liquide, où la gencive blanchit, l'opération se fait pourtant avec douleur, et je vous défie de faire avouer au malade qu'il n'a pas souffert. Lorsque des opérations sont faites dans les mêmes conditions, on doit prendre ces cas-là en considération. J'ai dit que l'insuccès est assez rare, mais qu'il faut prévenir le malade de son éventualité.

M. d'Argent n'a pas vu ouvrir d'abcès avec les réfrigérants ; cela se fait pourtant ; mais, quand on pousse l'opération un peu loin, le malade crie, car la réfrigération est insuffisante dans ce cas.

M. d'Argent parle aussi d'hémorragie ; mais je trouve cette crainte un peu exagérée. Il a enlevé 17 dents en une séance, dit-il ; en quoi l'hémorragie a-t-elle pu différer alors de ce qu'elle est d'ordinaire ?

Tous se sont déclarés partisans de l'un et de l'autre mode d'anesthésie, et seul M. d'Argent n'accepte que l'anesthésie locale, l'autre n'étant en somme, d'après lui, qu'une plaisanterie, puisque le malade

crie dans un grand nombre de cas. Or, l'étude des réactions qu'on peut produire sur des animaux témoigne que les cris sont des actes réflexes.

M. d'Argent. — Le phénomène douleur est très élastique et différemment interprété par les patients ; ainsi, bien que l'insensibilisation ait été produite, dans beaucoup de cas des gens accusent une sensibilité exagérée. C'est que les conditions extérieures influent beaucoup sur la détermination des malades : c'est ainsi que j'ai vu une dame que j'opérais affirmer qu'elle avait souffert, parce que, ayant crié sous l'influence de la peur, elle craignait les observations de son mari qui assistait à l'opération. En l'absence de ce dernier, elle avouait très volontiers ensuite n'avoir éprouvé aucune douleur.

La méthode d'anesthésie par le froid pour l'ouverture d'un panaris n'est pas indiquée, et c'est pourquoi il y a des insuccès nombreux.

Cependant j'ai vu employer la réfrigération pour une amputation du doigt, et avec un succès complet ; mais on avait commencé l'application du coryl au-dessus du poignet; la plupart du temps, l'opération insensibilise le doigt seulement, et il y a des insuccès. Il faut recommander de commencer la réfrigération à distance et d'agir sur les origines nerveuses. Il est du devoir de tous les opérateurs d'indiquer dans quels cas un médicament peut être administré, et, en anesthésie, il faut chercher jusqu'où peut aller la résistance.

M. le Dr Roy. — Souvent des malades affolés qui poussent des cris déclarent qu'on ne leur a pas fait mal.

M. d'Argent attribue la douleur dans l'ouverture d'un panaris à un moment de l'opération où le doigt était couvert de glace ; cependant il ne devait certainement pas y avoir de douleur.

M. d'Argent. — La discussion paraît épuisée. — Personne ne demande plus la parole ? Il ne nous reste plus alors qu'à remercier M. Roy de sa communication, qui ne peut que nous inciter à rechercher les anesthésiques généraux ou locaux utiles, et à donner la parole à M. Bonnard pour la lecture d'un travail sur l'orthoforme.

II. — L'ORTHOFORME. SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE, PAR M. BONNARD.

M. Bonnard. — Obligé de me retirer de bonne heure à cause de la grave maladie de ma mère, je demande la remise à la prochaine séance de la discussion sur la communication que je vais vous lire. (Il donne lecture d'une communication insérée dans le présent numéro et dans celui du 30 mai, et ajoute) :

M. Vicario, pharmacien, a bien voulu mettre à votre disposition, à titre d'essai, un certain nombre de petites ampoules contenant de l'orthoforme en solution à 5 o/o. Je conseille aux membres de la

Société qui en useront de pratiquer après l'injection des massages et des bains de bouche aussi chauds que le patient pourra les supporter.

Une opération a duré 15 à 20 minutes, et l'anesthésie donnée par cet agent était suffisante. J'ajoute que l'orthoforme n'est pas applicable à tous les cas, il a ses indications et ses contre-indications.

M. d'Argent. — Nous remercions M. Bonnard de sa communication, qui prouve que les études sur l'anesthésie locale se poursuivent incessamment. L'orthoforme semble un anesthésique de longue durée ; mais il reste à régler la question de méthode, que M. Bonnard nous exposera, j'espère, dans une séance de démonstration.

Suivant le désir exprimé par l'auteur, je vous propose la remise de la discussion au mois prochain. (Approuvé).

III. — Présentation de moulage, par M. Amoedo.

M. Amoëdo présente et offre au musée de l'Ecole les moulages de mâchoires sur lesquelles il a pratiqué des implantations.

M. d'Argent remercie M. Amoëdo de sa présentation et du don qui l'accompagne.

La séance est levée à 10 heures trois quarts.

Le Secrétaire général,
Dr E. Maire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Stomatite membraneuse mortelle consécutive a la scarlatine. Streptococcie buccale ?

Par M. Zadok, interne à l'hôpital Trousseau.

F. Marie, trois ans et demi, entrée à l'hôpital Trousseau, pavillon des douteux, service de M. le docteur Variot, dans la nuit du 11 au 12 janvier. En raison de l'heure tardive à laquelle elle a été reçue à l'hôpital on n'a pu avoir que des renseignements incomplets sur ses antécédents. On a appris, cependant, qu'elle venait d'avoir la *scarlatine*, et c'est vers la fin de cette maladie, en pleine desquamation, que s'est déclarée une stomatite, avec formation de fausses membranes ; le médecin qui l'a soignée en ville a fait une injection de 20 c.c. de sérum antidiphtérique.

Le lendemain on la voit pour la première fois. On note une *desquamation* généralisée sur toute la peau, avec squames plus larges au niveau de la plante des pieds. En outre, une *masse ganglionnaire* très volumineuse fait saillie de chaque côté au-dessous de la mâchoire, donnant à la région cervicale un aspect analogue à celui du *cou proconsulaire.*

A l'angle interne de l'œil droit, on remarque une petite ulcération recouverte de croûtes grisâtres et humides.

Les *lèvres* sont ulcérées au niveau des commissures. — Les *gencives*

ont une teinte violacée ; elles sont tuméfiées et ramollies. Dès qu'on essaie d'introduire l'abaisse-langue entre les arcades dentaires, énergiquement resserrées par l'enfant, très indocile, on constate que les dents incisives sont ébranlées et près de tomber. On arrive avec grand'-peine à entr'ouvrir la bouche et l'on aperçoit toute la muqueuse du palais et du voile, de coloration violacée et recouverte, par places, d'un exsudat grisâtre, sanieux. Sur le voile du palais, du côté gauche, près de son insertion au palais osseux, on note une perte de substance, peut-être perforante, ayant environ un centimètre et demi de longueur sur sept à huit millimètres de large. Les joues présentent la même teinte violacée, mais pas d'eschare véritable. L'examen de la bouche est extrêmement difficile à cause de la résistance et de l'effroi de l'enfant. Néanmoins on reconnaît que les exsudats sont surtout abondants sur la voûte palatine, et que le pharynx, bien que rouge et livide, ne présente pas de membranes.

La voix est claire, la respiration est rapide, mais il n'y a aucun tirage. La *fétidité de l'haleine* est extrême et se répand dans toute la chambre. La *salivation* est abondante ; l'exploration de la bouche provoque l'écoulement d'un liquide sanieux et fétide. Pas de *jetage du nez.*

L'*état général* de l'enfant est très alarmant ; le faciès est plombé, l'œil est enfoncé et éteint, la respiration précipitée, la faiblesse est extrême. Après l'examen médical, l'enfant se recouche, comme anéantie. Le pouls est très rapide et affaibli. La température est à 39°. Rien d'appréciable *dans les autres organes.* On prescrit de grands lavages de la bouche et de la gorge à l'eau boriquée, des badigeonnages avec un collutoire au salol, une potion de Todd et de la quinine. On fait un ensemencement des exsudats, qui donnent après dix-huit à vingt heures une culture de *streptocoques purs.*

Le *14.* — L'état général devient plus mauvais. L'état local ne se modifie pas sensiblement ; les lavages avec la canule provoquent la chute d'une dent incisive. La température s'élève au delà de 40°. La salivation est abondante. La déglutition est très gênée ; le lait même est rejeté, avec des mucosités grisâtres, avant d'être dégluti. Les boissons ne reviennent pas par le nez.

Le *15.* — La faiblesse s'accroît de plus en plus, la température se maintient à 40°,5. On fait une injection de 50 c.c. de sérum artificiel.

L'adénopathie sous-maxillaire est plus volumineuse et ramollie à droite, la peau est légèrement rosée à sa surface. Une incision faite en ce point permet l'écoulement d'une certaine quantité de pus. Mais la tumeur ganglionnaire persiste et est facile à sentir avec un stylet introduit dans la cavité. Drainage et pansement humide.

La déglutition est de plus en plus gênée, l'enfant refuse de boire. On est obligé de la nourrir par une sonde introduite dans les narines.

Suppositoire au sulfate de quinine.

Le *16.* — Etat plus grave. — La respiration est embarrassée, l'agonie commence à quatre heures de l'après-midi, état comateux, et la mort survient à dix heures du soir.

Réflexions. — L'*autopsie* n'a pu être faite. On doit le regretter d'autant plus que l'examen objectif de la cavité buccale a été forcément incom-

plet pendant la vie, à cause de l'extrême indocilité de l'enfant. On peut même se demander si l'ulcération palatine, avec apparence de perforation, n'était pas due à l'abaisse-langue qui n'aurait pu être introduit que par force dans la cavité buccale. — Il est bien certain néanmoins que ni le pharynx ni le larynx n'étaient spécialement en cause dans cette infection mortelle. Nous pouvons donc admettre que l'enfant a succombé à une forme exceptionnelle de stomatite membraneuse, avec streptocoques constatés à l'examen bactériologique pendant la vie. L'adénopathie très volumineuse, cervicale, bilatérale, suppurée, rappelait les bubons scarlatineux.

(*J. de clinique et de thérapeuthique infantiles*, 27 janv. 1898)



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

Par M. le Dr Claude Martin,

Lauréat de l'Institut,

Médecin-Dentiste de l'École du Service de santé militaire.

Allocution prononcée à la réunion de la Société des Dentistes du Rhone et de la Région, le 23 avril 1898.

Messieurs,

A l'occasion du Congrès dentaire qui, dans quelques mois, va s'ouvrir dans notre ville, permettez-moi de vous rappeler et surtout de développer devant vous les réflexions que je vous ai soumises l'an dernier à pareille époque sur l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire en France. J'ai essayé de démontrer que la marche ascendante de l'odontologie dans notre pays nous conduisait de plus en plus à désirer et à rechercher la création d'un enseignement par les Universités, à unifier cet enseignement en le faisant passer tout entier sous le contrôle de l'Etat. Le rejet des crédits sollicités pour la création des écoles dentaires a conduit, en réalité, à créer deux classes de dentistes : ceux qui devaient apprendre l'art dentaire avant de l'exercer, et ceux qui pouvaient l'exercer sans le connaître. Or il est certain que cette dernière classe tend à être de plus en plus nombreuse, la surabondance des docteurs en médecine poussant un grand nombre de ceux-ci à se spécialiser comme médecins-

dentistes, et, dans quelques générations, non seulement le simple dentiste aura disparu, mais les chirurgiens-dentistes mêmes seront en minorité.

Ce ne serait certes pas là chose grave si l'on pouvait obliger les docteurs en médecine à ne pas se retrancher derrière leur diplôme et à apprendre tout ce qui leur est nécessaire pour exercer l'art dentaire. Je reconnais que les études médicales favorisent au plus haut point le développement intellectuel et donnent au docteur en médecine plus d'aptitude à pratiquer l'odontologie, mais il y est certes moins bien préparé que pour l'exercice d'autres spécialités, telles que la laryngologie, l'otologie, etc. Pour ces dernières, en effet, l'étudiant qui désire s'y consacrer suit des services hospitaliers et des cliniques où ces spécialités sont enseignées, et, d'autre part, l'étude de celles-ci rentre dans le programme des examens. Il ne s'agit pour lui que d'approfondir une branche des sciences médicales qu'il doit nécessairement connaître du fait de ses études générales. Pour l'art dentaire, rien de tout cela. J'insiste sur ces faits pour montrer quelle est la situation exacte du docteur en médecine qui veut exercer l'art dentaire. Il est obligé, en somme, de tout apprendre, depuis la pathologie dentaire jusqu'aux minutieux détails de la technique. C'est donc là une nouvelle étude à faire tardivement, une somme considérable de travail et de temps, qui l'obligent à retarder le moment de son installation définitive et le poussent malgré lui à écourter ces études spéciales.

Cette situation serait tout autre si, pendant ses études médicales, il pouvait acquérir ces connaissances qui lui sont nécessaires et parfaire son instruction technique. Cela malheureusement n'est pas actuellement en son pouvoir, car l'art dentaire ne peut être mis sur le même plan que les autres spécialités médicales, au moins quant à son mode d'enseignement.

Les observations que j'ai déjà formulées devant vous sur l'enseignement par les écoles libres subsistent dans leur intégrité. Ces observations ont été jugées exagérées par quelques-uns de nos confrères, mais le plus grand nombre les ont reconnues justes au fond, ainsi qu'en témoignent les marques d'adhésion que j'ai reçues sur ce point. Les défenseurs des écoles dentaires étaient sans doute inspirés par la crainte de voir l'enseignement de l'art dentaire tomber aux mains des théoriciens, alors qu'il doit être avant tout un enseignement technique — donc pratique au premier chef. Il eût été cependant possible, je crois, avec de la réflexion et une étude approfondie de la question, de trouver une solution moyenne, un *modus vivendi*, qui aurait satisfait tout le monde : les partisans de l'enseignement officiel et les défenseurs de l'enseignement technique. On ne saurait, certes, blâmer ceux-ci de leurs louables efforts. Ils avaient

fondé cet enseignement, lui avaient donné son véritable caractère, qui est la raison même de son existence, et il était naturel, en étant les fondateurs, qu'ils en conservassent au moins pour un temps la paternité et la direction.

L'Etat, d'autre part, sans idées préconçues, ne pouvait que désirer voir cet enseignement se développer, et la preuve c'est qu'il consentait à subvenir de ses deniers aux frais nécessités par son organisation. Aussi est-il étrange de voir que ces deux bonnes volontés se soient en quelque sorte annihilées l'une l'autre, alors qu'il apparaît qu'elles n'auraient pu que se prêter aide et appui.

Il aurait suffi, ce me semble, que l'Etat eût adjoint en bloc aux Universités les écoles dentaires libres en conservant leur personnel enseignant, auquel son dévoûment et son zèle constituaient véritablement un droit à la direction de cet enseignement qu'il avait créé et développé. Ainsi, d'un seul coup, la fusion avec l'Université était faite et l'école dentaire devenait une annexe de l'Ecole de médecine.

Il convient de voir maintenant les avantages qu'offrirait aux élèves un enseignement ainsi compris.

Les élèves d'une école dentaire universitaire pourraient comprendre trois catégories :

1° Des étudiants en dentisterie pure, poursuivant leurs études en vue d'obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste ;

2° Des étudiants aspirant au grade de docteur en médecine, mais désirant se spécialiser en odontologie. Ces étudiants pourront ainsi, au cours de leurs études, subir les examens de chirurgien-dentiste et en acquérir le diplôme. Le fait s'est déjà produit dans une certaine mesure, et les docteurs qui se sont soumis à cette épreuve ont bien compris que la réunion des deux titres ne pouvait avoir que des avantages ;

3° Des étudiants en médecine voulant s'installer plus tard comme médecins-praticiens et désirant avoir quelques notions d'art dentaire, pour pouvoir parer aux cas très urgents qu'ils pourraient rencontrer dans leur pratique médicale. Ces connaissances, en effet, sont non seulement utiles, mais, à mon avis, nécessaires aux médecins qui sont appelés à exercer leur art en des endroits éloignés de tout centre où leurs clients pourraient se confier aux soins d'un dentiste. C'est le cas des médecins militaires qui se trouvent aux colonies ou dans des postes détachés, où, aujourd'hui encore, ils sont dans la nécessité de donner leurs soins, non seulement aux troupes qui leur sont confiées, mais à la population civile. Il en est de même des praticiens civils installés dans les campagnes reculées. Il serait bon d'apprendre à ces jeunes docteurs les notions élémentaires de notre art, au moins, je le répète, pour les cas d'urgence, qui ne nécessitent pas une instrumen-

tation compliquée ou coûteuse. Ils pourraient enfin donner à leurs malades des conseils plus éclairés sur les soins à donner à leur dentition.

Il me reste un dernier point à envisager, qui est la question budgétaire. Les Universités consentiraient-elles à prendre sur leur budget les nouveaux frais nécessités par l'adjonction des écoles dentaires ? Je n'en doute pas, si l'Etat leur venait en aide, et l'Etat ne saurait le refuser, puisqu'il a déjà une fois proposé des crédits.

D'autre part, les écoles libres exigent de leurs élèves une rémunération lors de la prise des inscriptions. Pourquoi ne ferait-on pas de même dans une Ecole universitaire ? Les étudiants en médecine sont bien obligés de supporter une partie des frais des travaux pratiques annexés à leurs cours ; il n'y aurait pas de raison pour ne pas agir de même à l'Ecole dentaire. Ce ne serait ni plus injuste ni plus antidémocratique, puisque c'est là le grand reproche qu'on fait, en France, à l'enseignement payé par l'élève au professeur, tel qu'il existe en Allemagne. Pour ma part, je crois que les élèves dentistes, et les étudiants en médecine voulant se spécialiser ou voulant étudier bénévolement l'art dentaire se résigneraient facilement à payer ce supplément d'instruction.

Il me semble donc qu'aujourd'hui encore l'unification de l'enseignement de l'art dentaire est facile à réaliser. Il suffirait d'adjoindre purement et simplement aux Universités les écoles libres existantes, en conservant leur personnel *au moins pour un temps à déterminer.*

Les difficultés financières résultant de cette adjonction seraient, à mon avis, bien facilement aplanies, et ainsi serait réalisé le rêve que, je crois, nous formons tous, soucieux que nous sommes de l'avenir de notre profession, de voir l'enseignement de notre art arriver à son summum de prestige et d'autorité.

Et d'autre part, si je plaide avec tant d'insistance la cause de l'enseignement universitaire, c'est qu'il était à prévoir, et il me semble le voir déjà poindre aujourd'hui, que, sous le couvert de l'enseignement libre, viendraient à se fonder des établissements qui n'ont d'école que le nom et dissimulent mal sous ce titre le but intéressé de leur fondation.

Il serait à désirer que tous les membres de notre profession voulussent bien s'intéresser à ces quelques réflexions, et que celles-ci pussent être soumises cette année au Congrès de Lyon sous forme d'un vœu qui pourrait être ainsi libellé :

Considérant

Que la loi du 30 novembre 1892, en créant un diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, entraîne l'obligation d'organiser les études nécessaires pour l'obtention de ce diplôme ;

Que néanmoins cet enseignement n'est encore donné dans aucun établissement de l'Etat,

Émet le vœu :

Que l'Etat accorde aux Universités le concours nécessaire pour l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONCOURS

POUR TROIS POSTES DE CHEF DE CLINIQUE.

ARTICLE PREMIER. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour trois postes de chef de clinique.

Ce concours commencera le dimanche 17 juillet 1898, à neuf heures du matin, au siège de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le jury procédera d'abord, dans cette séance, à l'examen des titres des candidats.

Jury.

ART. 2 — Le jury se compose de quatre membres :

Le Directeur de l'Ecole, président ; un professeur titulaire de clinique ; deux professeurs suppléants de clinique nommés après tirage au sort, conformément à l'art. 50 du règlement intérieur de l'Ecole.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Epreuves.

ART. 3. — Le concours comporte :

1° *Une épreuve clinique* comprenant :

a) Examen d'un malade et explication clinique de l'affection, le diagnostic, l'étiologie, la marche et les indications thérapeutiques.

Le candidat aura *trois* quarts d'heure pour examiner son malade et donner ses conclusions.

b) Une opération d'urgence à exécuter séance tenante sur le malade ou sur tout autre choisi par le jury.

Cette épreuve sera subie aussitôt après l'examen des titres des candidats le 17 juillet.

2° *Une dissertation écrite* sur un sujet tiré parmi huit questions qui seront portées à la connaissance des candidats, huit jours à l'avance, lors de la première séance, le 17 juillet. Cette épreuve sera subie le lundi 25 juillet, à huit heures du soir, au siège de l'Ecole.

Deux heures seront accordées pour ce travail, qui devra être fait

sans s'aider de livres ou de notes. Il sera lu et soutenu devant le jury, le 26 juillet, à huit heures et demie du soir. Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents.

Classement.

ART. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum, de 95 points, est réparti comme suit :

Titres des candidats...	Titres universitaires...	5	35 points.
	Titres dentaires.......	10	
	Travaux scientifiques..	20	
Epreuve clinique........................			30 —
Epreuve écrite...........................			30 —

Minimum fixé par la Commission d'Enseignement : 60 points.

Les points de titres seront donnés par le Jury avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront. Le minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Nomination.

ART. 5. — La nomination est proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports dressés par le jury du concours.

Condition d'admission au concours.

ART. 6. — Être âgé de 25 ans au moins, jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ; n'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle des titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.



NOUVELLES

La commission chargée de recueillir les fonds pour la souscription Dubois vient de faire un versement de 1817 fr. 40 à la compagnie La Nationale (vie), ce qui augmente de 105 francs la pension annuelle de Madame Dubois.

Nous rappelons que le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris, d'accord avec le bureau de la Société d'Odontologie et celui de l'Association générale des dentistes de France, prépare pour les 25 et 26 juin une fête professionnelle comprenant :

Visite de la nouvelle installation de l'Ecole ;

Banquet de l'Association générale des dentistes de France, dans la grande salle de dentisterie opératoire de l'école ;

Remise des diplômes et distribution des récompenses aux élèves et lauréats de l'année scolaire 1896-97 ;

Séance de clinique de la Société d'Odontologie ;

Séance du Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France.

S'adresser à M. Prével, 390, rue Saint-Honoré,
à M. Rollin, 138, rue de Rivoli,
et au siège de l'Ecole, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, pour retirer les cartes du banquet (Prix : 12 francs).

Sait-on combien Londres compte actuellement de médecins ? Exactement 34,642. Et de dentistes ? 4,937.

Les médecins sont, paraît-il, tous munis de diplômes en règle. Quant aux dentistes, 1,614 seulement ont étudié dans les écoles et hôpitaux d'Albion, ce qui n'empêche pas les trois mille autres d'extirper ou de soigner les molaires de leurs concitoyens.

Il serait intéressant de savoir si, des 34,642 médecins londonniens, les trois quarts ne meurent pas de faim.

TULLIO.

(*Le Jour.*)

UN EXEMPLE A SUIVRE.

Le Ministère de la Guerre de Prusse a décidé de fournir gratuitement des dents artificielles aux soldats qui en auraient besoin.

(*American dental Weekly.*)

LES GRADUÉS AMÉRICAINS DE 1898 EN DENTISTERIE

Le Collège dentaire de Philadelphie a tenu le 1er avril dernier sa 35e séance annuelle de distribution des récompenses. Le degré de D. D. S. (docteur en chirurgie dentaire) a été conféré à 142 étudiants, dont deux de France, MM. Chabut et Joseph Mendel, notre confrère à l'Ecole dentaire de Paris, auquel nous adressons toutes nos félicitations à cette occasion, et un de Roumanie, M. Zentler, auteur d'un intéressant article qu'on a pu lire dans un de nos derniers numéros.

Le Collège dentaire de Pittsburg a de même décerné ce titre à 18 étudiants; le Collège de chirurgie dentaire de Pensylvanie à 98; le Collège dentaire de Kansas City à 32; le Collège de chirurgie dentaire de Cincinnati à 18; le Collège de chirurgie dentaire de Chicago à 164; le Collège de chirurgie dentaire de Baltimore à 74; l'Ecole dentaire de l'Université du nord-ouest à 176; le Collège dentaire de l'Ouest à 53; le Collège de chirurgie dentaire de l'Ohio à 66; le Collège dentaire d'Atlanta à 61; le Collège dentaire de Colombie à 14; la section dentaire de l'Université de Maryland à 64; la section dentaire du Collège de médecine du Tennessee à 5; la section dentaire du Collège de médecine de Mehary à 4; enfin la section dentaire du Collège de médecine de Marion-Sims à 16.

Nous arrivons ainsi à un total de 1.005 nouveaux confrères, presque tous américains.

TRIBUNE OUVERTE.

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

Plusieurs correspondants nous demandent d'insérer à nouveau les questions auxquelles il n'a pas été répondu; nous le faisons volontiers et nous serions heureux que cette nouvelle insertion provoquât des réponses de nos lecteurs.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

? N° 13. — *Quelle est la provenance de l'aluminium dont se sert* M. Telschow? *Quel est le procédé de soudure? Peut-on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire remontant à quelques années déjà?* S.

? N° 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes créés par la vulcanisation?*

? N° 18. — *Qui a dit, à la suite d'un grand nombre de narcoses chloroformiques heureuses:* « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais » *et où trouver les commentaires qui ont accompagné les échecs survenus au même?*

? N° 28. — *Où trouve-t-on des formules de bonnes* pâtes dentifrices? *A défaut, prière d'en donner quelques-unes?* *H. V.*

? N° 31. — *Quelqu'un peut-il donner les résultats obtenus depuis un an par le nouveau* ciment Telschow? *E. D.*

? N° 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs et pour les conserver ainsi jusqu'au moment de leur emploi?*
LI-GA-MAN.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? N° 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller au congrès de* Lyon?

DERNIÈRE HEURE

Rentré à Paris depuis quelques heures à peine je ne puis, au moment de signer le « bon à tirer » de ce numéro, donner à nos lecteurs le compte rendu de la très intéressante réunion que l'Association générale des Dentistes du sud-est de la France vient de tenir à Marseille; mais tout en ajournant cette publication à notre prochain numéro, je désire dès à présent, au nom de mes amis Lemerle et Richard-Chauvin, ainsi qu'au mien, adresser aux membres de cette Association de chaleureux remerciements pour leur somptueuse et cordiale réception, ainsi que de vives félicitations pour le succès mérité de ce Congrès.

Nous regrettons qu'un départ précipité ne nous ait pas permis de serrer de nouveau la main à tous nos aimables confrères du Sud-Est. Nous espérons bien d'ailleurs avoir le plaisir de les retrouver soit au Congrès de Lyon, soit au Congrès international de 1900. Encore une fois, merci à tous.

ED. PAPOT.

18e ANNÉE. N° 12. 30 JUIN 1898 IIe SÉRIE. VOL. VI.



L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

Le présent numéro est de 52 pages, soit 12 en supplément ; il contient une planche tirée hors texte et 7 figures intercalées dans le texte.

Le volume qui se termine avec ce numéro compte 520 pages, 15 planches tirées hors texte et 30 figures intercalées dans le texte.

A NOS LECTEURS.

Désirant publier en une fois le compte rendu analytique du Congrès de Marseille et voulant achever dans ce numéro, qui termine le 1er volume de 1898, la publication du Congrès de Paris de 1897, nous supprimons pour aujourd'hui la plupart de nos rubriques habituelles ; mais notre prochain numéro reprendra sa physionomie ordinaire.

N. D. L. R.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AU CONGRÈS DE MARSEILLE.

A la fin de la séance du lundi 30 mai, M. le Dr Beltrami a présenté un important projet, ayant trait à l'enseignement dentaire, encadré de considérants et de commentaires qui ont eu pour résultat de le faire voter par l'Association des dentistes du Sud-Est. Ce résultat a, du reste, été singulièrement facilité par l'absence de toute discussion. Disons qu'à de légères variantes près, le Dr Beltrami partage et préconise dans son groupe les idées du Dr Martin de Lyon.

Il nous paraît utile de soulever un coin du voile de cette séance pour éclairer nos lecteurs à ce sujet.

M. Beltrami a terminé son discours, suivi de la lecture de son projet.

M. Lemerle. — Ne serait-il pas bon d'ouvrir la discussion avant de procéder au vote ?

M. Chauvin. — M. Beltrami, en disant que les Sociétés parisiennes ne sont nullement visées par lui, que les délégués parisiens ne doivent voir dans les parties essentielles de son projet, dans les considérants qui le précèdent, les commentaires qui le suivent, aucune attaque ou intention désobligeante ; que, du reste, c'est un projet absolument provincial, auquel les délégués parisiens doivent demeurer étrangers, M. Beltrami entend-il que nous ne devons pas prendre part à la discussion ?

M. Beltrami. — M. Chauvin vient de traduire exactement ma pensée. Je serais désolé d'être désagréable aux représentants de Paris, et j'ai fait mon possible pour le prouver, mais ce que je présente à l'assemblée n'intéresse que nous et ne doit être discuté que par nous.

M. Chauvin. — Devant la déclaration formelle de M. Beltrami, qui me paraît interpréter exactement les sentiments de l'assemblée, nous n'avons qu'à nous incliner. Permettez-moi, toutefois, sans prendre parti dans cette discussion que vous nous fermez, de vous dire que le projet de M. Beltrami, touche à des intérêts supérieurs qui ne sauraient être exclusivement provinciaux. M. Beltrami a été à notre égard d'une correction, je dirai même d'une courtoisie, que je me plais à reconnaître. J'estime qu'étant votre hôte j'aurais mauvaise grâce à insister ou même à protester. Aussi me contenterai-je d'exprimer des regrets au sujet de l'exclusion dont nous sommes l'objet.

Un membre. — Les délégués provinciaux étrangers à notre Société vont-ils prendre part à la discussion et au vote ?

M. Beltrami. — Certainement.

M. Chapot, secrétaire général de l'Association du Sud-Est. — Si les délégués parisiens se trouvent exclus de la discussion, je ne comprends pas pourquoi les délégués des autres groupes y prendraient part.

M. Durand, délégué de Lyon. — C'est parfaitement juste. Ou le projet est d'intérêt général et tout le monde doit pouvoir le discuter et l'amender, ou il ne regarde que vous, et en ce cas vous seuls devez être appelés à en délibérer.

Comme on le voit, les délégués lyonnais se sont réservés. J'ai regretté hautement notre éviction, estimant qu'il y avait là une affaire d'intérêt général. Si la parole nous eût été accordée, peut-être le résultat du vote, qui a été l'acceptation du projet à l'unanimité, eût-il été modifié.

Je crois qu'il nous eût été facile de démontrer qu'il s'agissait moins d'intérêt provincial que d'une question de suprématie entre les éléments d'origine différente qui composent notre profession : l'élément médical et l'élément purement dentiste.

Je ne veux pas accuser M. Beltrami de s'être dérobé par crainte de la discussion; il est orateur et parfaitement de taille à défendre un projet qu'il a conçu. Pourtant, malgré sa facilité d'élocution, son public sympathique — deux appoints redoutables — peut-être a-t-il eu

conscience de la force que pourraient avoir les critiques qui lui seraient opposées, même par des contradicteurs infiniment moins doués que lui.

Je ne sais ce qu'il adviendra des différents projets qui seront présentés. Il ne me paraît pas difficile, pour ma part, de démontrer que les propositions du Dr Martin de Lyon, qui sont sensiblement les mêmes que celles du Dr Beltrami, ne seraient avantageuses ni aux dentistes ni à l'art dentaire. C'est ce que nous regrettons de n'avoir pu faire à Marseille.

L. Richard-Chauvin.

CONGRÈS DE MARSEILLE.

La Réunion-Congrès de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France s'est tenue avec beaucoup d'éclat les 29 et 30 mai à Marseille.

Environ 80 membres y ont pris part, parmi lesquels les délégués de différentes Sociétés :

MM. Lemerle, Richard-Chauvin et Papot, représentant l'Association générale des dentistes de France, l'Ecole dentaire de Paris, la Société d'Odontologie de Paris et le Journal *l'Odontologie* ;

MM. Damain et Hivert, représentant l'Association de l'Ecole odontotechnique, la Société odontologique de France et la *Revue odontologique* ;

M. Siffre, délégué du Syndicat des chirurgiens-dentistes diplômés ou patentés ;

M. le Dr Nux (de Toulouse), représentant le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ;

MM. Naudé et Durand (de Lyon), délégués de la Société des dentistes du Rhône et de la région ;

MM. Alaux (de Toulouse) et Rozenbaum (de Paris) avaient également répondu à la gracieuse invitation adressée à tous les dentistes, faisant partie d'une Société professionnelle quelconque.

Le 27 *mai* au soir, un punch, offert aux délégués des différentes Sociétés, permettait à ceux-ci de faire plus ample connaissance avec leurs aimables confrères.

Le 28 *mai* à 9 h. 1/2 du matin, à la Mairie, dans la salle du Conseil municipal, ouverture du Congrès sous la présidence d'honneur de M. le Dr Flaissières, *maire de Marseille* et de M. le Dr Livon, *directeur de l'Ecole de Médecine de Marseille.*

M. le Dr Flaissières félicite l'Association générale des dentistes du Sud-Est qui a organisé ce Congrès et réuni à Marseille un aussi grand nombre de dentistes ; il est très heureux de pouvoir mettre à leur

disposition un local et de souhaiter à tous les membres présents la bienvenue dans la cité phocéenne. En s'inspirant des bases sur lesquelles s'appuie l'Association : progrès des sciences et des arts, Marseille ne saurait rester indifférente aux tendances de cette Association. Il forme des vœux pour que le résultat réponde aux efforts tentés.

Ces assises ne peuvent manquer de marquer une nouvelle étape dans la voie du progrès, et certainement tous ceux qui y assistent en emporteront un excellent souvenir de solidarité et de confraternité, en même temps qu'un bénéfice certain au point de vue de la science et de l'art.

M. Schwartz, au nom de la Société, remercie M. le Dr Flaissières de ses encouragements et de sa bienveillance ; il adresse un salut confraternel aux délégués des Sociétés qui sont venus de Paris, Lyon et Toulouse, puis il expose la situation légale de l'art dentaire en France. Il fait connaître ensuite les sentiments qui animent l'Association générale des dentistes du Sud-Est, ouverte à toutes les bonnes volontés, mais impitoyablement fermée à quelques énergumènes. Après avoir remercié MM. Chapot, Beltrami, Camoin et Lévy de l'organisation du Congrès, il ajoute que la solidarité n'est plus un vain mot, et que le rôle des Sociétés ne se borne pas à s'occuper du présent, mais aussi à léguer à des successeurs une situation améliorée.

M. L. Lemerle, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vice-président de la Société de l'Ecole dentaire de Paris, prononce le discours suivant :

Messieurs,

C'est au nom de l'Association générale des dentistes de France, de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris et du journal *L'Odontologie*, que MM. Richard-Chauvin et Papot, mes collègues et amis, et moi, nous venons vous apporter le salut confraternel. C'est au nom de ces quatre branches d'un groupement, ne formant qu'une seule et même Société, dont nous sommes les délégués, que nous venons vous remercier de nous avoir invités à votre réunion, et vous assurer de tous nos vœux pour sa réussite. C'est à la fois un grand honneur pour nous d'avoir été choisis pour remplir cette mission et un grand plaisir d'avoir à vous transmettre des

souhaits et des félicitations : des souhaits d'avenir et de prospérité pour vótre Société naissante, mais grandissante; des félicitations pour l'heureuse initiative dont elle donne le salutaire exemple.

Nous devons tout à l'initiative individuelle et nous sommes la véritable personnification de ce que l'effort collectif et persévérant peut enfanter. Aussi n'est-ce pas sans une vive satisfaction que nous voyons ce spectacle consolant d'une Société provinciale se constituer avec ses propres forces, avec ses propres ressources, organiser un de ces congrès qui contribuent tant au développement et à la grandeur de la profession.

Vous faites là une tentative heureuse, nous l'espérons, et qui mérite d'être encouragée.

Trop longtemps la centralisation excessive, résultat de l'esprit d'autorité qui nous régissait depuis le commencement du siècle, avait, pour ainsi dire, étouffé en province toute manifestation de la vie intellectuelle. Toute l'intensité en était concentrée dans la capitale, et il ne s'en échappait sur le reste du pays qu'un rayonnement, décroissant à mesure qu'on s'en éloignait.

Si la vie de l'individu a son siège dans le cœur, n'existe-t-il pas, pour la transmettre aux diverses parties de l'organisme, des artères et des veines sans lesquelles le corps serait dépourvu de force et de vitalité ?

Non, il n'est pas profitable, il est même funeste au développement scientifique d'une contrée que toute l'activité de la production de l'esprit soit localisée sur un point. N'est-ce pas à ses nombreuses universités que l'Allemagne doit la réputation de ses savants et l'éclat qu'elle jette incessamment dans le domaine de la science ? On a fini par comprendre chez nous que la diffusion du savoir est encore un des meilleurs moyens de rendre une nation grande et forte ; c'est pour cela qu'on a cherché à reconstituer nos vieilles universités provinciales, qu'on n'aurait jamais dû supprimer, et encore n'ont-elles pas toute l'initiative voulue.

Messieurs, nous ne sommes pas seulement les représentants de l'Association générale des dentistes de France, la plus nombreuse des associations professionnelles françaises, dont les membres sont disséminés sur les diverses parties du territoire, nous sommes aussi des dentistes parisiens. A ce titre nous devons également vous faire part de nos sentiments. Ces sentiments ont été souvent bien mal interprétés, et il semble qu'on prenne parfois un malin plaisir à les dénaturer. On nous accuse de tenir à exercer jalousement une sorte de suprématie sur la profession, de vouloir diriger le mouvement de celle-ci exclusivement à notre profit, et surtout de vouloir étouffer toute manifestation de la vie corporative dont nous ne serions pas les auteurs.

Ces imputations et ces attaques, que nous avons vues se reproduire encore récemment, ne sauraient nous atteindre et nous empêcher de continuer l'œuvre commencée. C'est sciemment travestir les plus nobles pensées, que de leur attribuer ce mobile intéressé.

Dentistes parisiens, nous ne devons notre existence professionnelle qu'à la tentative toute nouvelle faite, il y a près de vingt ans, par la création de l'Ecole dentaire de Paris, puis de l'Ecole odontotechnique. Nous n'avons eu qu'un but, celui de former des praticiens instruits, de relever le niveau moral de notre profession, et d'enlever enfin aux étrangers la pratique de la dentisterie, tout entière entre leurs mains. Pouvons-nous donc alors ne pas approuver tout mouvement en avant fait par nos confrères français, de quelque région qu'ils soient ?

C'est nous, Parisiens, qui avons émis, il y a près de dix ans, dans une de nos assemblées générales annuelles, l'idée de la création de Sociétés provinciales groupant des dentistes de toute une région et correspondant entre elles ainsi qu'avec les Sociétés existant à Paris.

Nous ne saurions voir d'un mauvais œil ces Sociétés naissantes, que nous avons ardemment désirées et dont le directeur de notre école préconisait lui-même la formation. Ce n'est pas à nous, Parisiens, qui sommes les créateurs des

congrès dentaires en France, grâce à l'initiative et à la ténacité de notre regretté Paul Dubois, qui en fut véritablement le promoteur, que l'on doit reprocher d'assister en mécontents au spectacle auquel vous avez bien voulu nous convier.

Nous sommes animés de sentiments d'union, car plus que tous les autres, nous avons été en butte aux critiques et aux attaques, nous avons souffert de l'indifférence et nous ne devons ce que nous sommes qu'à notre propre énergie. Le poète ne dit-il pas :

On sait mieux compatir aux maux qu'on a soufferts ?

Maintenant que notre profession est réglementée, soyons unis et nous serons plus forts pour parler avec autorité aux pouvoirs publics, et leur demander au moment opportun de modifier certaines dispositions de la loi qui nous régit.

A la suite de réunions comme celle-ci, il se dégage toujours un courant de solidarité corporative ; toujours on retire de ces assemblées un profit personnel aussi bien par les nouveautés que l'on y voit, que par les amitiés qui s'y créent, en même temps qu'un grand avantage pour la collectivité et surtout pour le progrès. C'est pourquoi nous applaudissons des deux mains à l'initiative prise par la Société du Sud-Est, et nous souhaitons sincèrement de voir se généraliser des assises comme celles qui se tiennent ici.

Imitons ce qui se passe à l'étranger en cette matière ; les Etats-Unis, l'Angleterre et l'Allemagne nous en fournissent de nombreux exemples. Que chaque année des réunions comme la vôtre s'organisent à tour de rôle dans les diverses villes où les Sociétés existantes ont leur siège ; mais ces Sociétés ne pourraient-elles pas, tous les deux ou trois ans, confondre leur réunion-congrès avec le congrès national et réunir ainsi en plus grand nombre des praticiens de tous les points de la France ? Enfin qu'un grand Congrès international à l'occasion de chaque Exposition universelle, comme

celui que nous organisons pour 1900, assemble à Paris l'élite de la profession du monde entier.

C'est là, messieurs, une idée que je me permets de vous soumettre et qui pourrait être examinée dans quelques semaines, au Congrès de Lyon, où, je l'espère, nous nous retrouverons tous.

Nous aurons véritablement par ces réunions diverses le meilleur terrain d'entente entre les membres de la profession. C'est ainsi que se traiteront le mieux les affaires communes et que se soutiendront le plus efficacement les intérêts généraux.

En vous félicitant encore une fois de votre heureuse initiative, laissez-nous, en terminant, former le vœu que cette réunion ne soit que le prélude d'autres réunions du même genre et que l'esprit de concorde, dont nous sommes pénétrés en y venant, contribue puissamment au triomphe des idées qui nous sont chères à tous.

Puisse le Congrès de Marseille faire époque dans notre vie profesionnelle et puisse chacun de nous emporter le plus doux souvenir de sa présence ici, de votre accueil aimable et de votre cordiale hospitalité.

M. Damain appuie, pour son compte, ce que vient de dire M. Lemerle.

M. Schwartz remercie M. Damain ; il prend bonne note de la déclaration de M. Lemerle, dont il est très heureux. « Nous, dentistes de province, dit-il, nous ne demandons qu'une chose, c'est que des paroles aussi réconfortantes viennent, en nous donnant satisfaction, nous prouver que nous sommes tous d'accord. » Il remercie donc M. Lemerle de sa bonne allocution.

De la Dent de Sagesse.

MM. Chapot (de Nice), *Berret* (de Montpellier), *Hivert* (de Paris) présentent tour à tour des monographies traitant l'importante question des accidents de la dent de sagesse ; ils résument les différentes théories émises jusqu'à présent et mettent au point les connaissances actuelles.

M. Moulin (de Toulon) fait part des réflexions que lui suggèrent les travaux dont il vient d'être donné lecture. Il s'étonne tout d'abord que la troisième molaire soit nommée *dent de sagesse*, puisque géné-

ralement elle fait son apparition précisément au moment où la sagesse s'en va.

Il fait remarquer les variations de forme qui la caractérisent : tantôt nous voyons des dents énormes ; tantôt, et cela le plus souvent, des dents naines; quelquefois même elle fait complètement défaut. Il semble donc qu'elle tende à disparaître ; du reste les anatomistes prétendent que dans 2000 ans on n'aura plus de dent de sagesse : c'est donc encore le moment de s'en occuper.

Les accidents de la dent de sagesse, caractérisés par la difficulté de croissance, sont généralement des phénomènes d'hérédité.

Il critique l'incision par le bistouri, ainsi que l'emploi de la teinture d'iode qui, selon lui, n'est ni assez résolutive ni assez antiseptique ; il préconise le nitrate d'argent, avec lequel on a une ressource très grande ; très antiseptique, il amène une résolution cellulaire ; on devra l'appliquer en solution sous le capuchon de gencive.

M. le Dr Beltrami (de Marseille) ne suivra pas les travaux qui viennent d'être lus et dans lesquels la question a été traitée surtout au point de vue médical ; il veut simplement l'examiner au point de vue purement dentaire. Pour lui, les accidents sont surtout occasionnés par le mâchonnement que produisent les dents supérieures sur le capuchon de gencive soulevé par les dents naissantes au maxillaire inférieur ; c'est ce mâchonnement qui ouvre une porte d'entrée aux accidents inflammatoires et c'est seulement dans ce cas que les accidents sont graves. Il pose en principe qu'en l'absence des dents supérieures correspondantes le pronostic de l'éruption des dents inférieures sera bénin.

En cas de trismus, il s'élève contre tout retard dans l'opération ; s'inspirant des idées de médecine générale, quand il y a du pus, il faut agir rapidement, aussi bien pour les accidents de la dent de sagesse que pour les fluxions occasionnées par des dents infectées.

Il cite un cas de trismus, datant de 5 mois, qu'il a eu à traiter. Contrairement à ce que font ses confrères les dentistes, au lieu de donner du chloroforme, il a employé le protoxyde d'azote qui, pour lui, est l'anesthésique de choix, puis, écartant avec force les mâchoires, il a produit une déchirure des adhérences, confirmée par le bruit tout particulier qu'elle produit.

Il fait part à l'assemblée d'une autre remarque qu'il a pu faire : c'est seulement lorsque la dent de 6 ans a été extraite prématurément que la dent de sagesse s'incline en avant et que son bord mésial vient heurter le collet de la dent qui la précède.

M. Schwartz (de Nîmes) se demande pourquoi, alors que les 28 autres dents sont saines, on remarque souvent des dents évoluant à l'âge adulte, mal constituées, crayeuses.

M. le Dr Nux (de Toulouse) déclare qu'il est d'accord avec

les théories de M. le Dr Beltrami ; puis, répondant à M. Schwartz, il pense que c'est parce que ces dents sont restées longtemps incluses sous le capuchon de gencive. Il préconise l'emploi de l'acide chromique et conseille des lavages antiseptiques et du massage à l'intérieur et sur les masséters.

M. le Dr Beltrami insiste sur le massage, qu'il recommande également.

M. Siffre (de Paris) dit à M. le Dr Beltrami que, pour supprimer la cause, rien ne vaut le thermo-cautère. Il a l'habitude d'intervenir même préventivement en débridant les dents naissantes; au besoin, il conseille l'extraction de la dent supérieure. On peut aussi dessécher la gencive et y appliquer un stylet trempé dans l'acide sulfurique, qui est un antiseptique énergique. Puis, répondant à M. Schwartz, il estime que, si l'on observe des dents de sagesse mal constituées dans des bouches saines, c'est que ces dents ont subi un arrêt de nutrition à un moment quelconque de leur évolution.

M. Richard-Chauvin (de Paris), bien que tout paraisse avoir été dit sur les accidents de la dent de sagesse, demande à citer un cas non classique d'accident à distance : une malade atteinte d'otite et d'engorgement parotidien lui fut adressée, il y a quelques années, par un médecin de ses amis, lequel pensait qu'il y avait corrélation entre les accidents qu'elle présentait et le système dentaire. Après examen minutieux il incrimina la dent de sagesse, bien qu'il y eût encore une large place entre elle et la branche montante. L'extraction confirma son diagnostic : la dent était très volumineuse, possédait deux racines dont la postérieure fortement exostosée, se rencontrait dans la branche montante, comprimant ainsi le tissu osseux. Tous les accidents disparurent.

Puis il ajoute qu'il partage l'opinion de M. Siffre, relativement aux anomalies de l'émail ; il pense avec lui qu'ils sont congénitaux dans la plupart des cas.

M. Lemerle (de Paris) cite le cas suivant : Une dame, âgée de 48 ans environ, se présente à sa consultation, ayant à l'angle du maxillaire inférieur gauche une fistule cutanée, datant de trois ans. Plusieurs médecins consultés avaient institué différents traitements. Toutes les dents inférieures étaient saines ; il manquait la troisième grosse molaire, et la patiente affirme que l'on ne lui a fait de ce côté aucune extraction. La deuxième grosse molaire, légèrement chancelante, laisse sourdre à la pression du pus autour de son collet. Incriminant la dent de sagesse non évoluée, bien qu'il y eût un espace suffisant, il conseilla premièrement l'extraction de la 2e grosse molaire, qui fut acceptée. Le lendemain, à l'aide d'un stylet introduit dans l'alvéole, il put constater la présence d'un corps dur et poli, donnant sous l'instrument la sensation de l'émail ; il pût même reconnaître la

position de la dent, logée presque horizontalement d'arrière en avant. L'angle de la couronne venait buter contre le collet de la deuxième molaire, tandis que les racines s'arcboutaient contre la branche montante du maxillaire. L'extraction en fut laborieuse ; mais, trois jours après, la fistule était tarie et la guérison complète.

M. le Dr Beltrami demande à M. Richard-Chauvin si l'on a remarqué un trouble physiologique consécutif à l'inflammation de la parotide.

M. Richard-Chauvin. — Rien de pareil n'a été signalé.

M. Schwartz lit une observation : Le sujet, qui avait été traité par le mercure, il y a douze ans, pour une glande, vint dernièrement lui demander l'extraction de la deuxième grosse molaire inférieure ; il était porteur, consécutivement à une tumeur sous-maxillaire, d'une fistule sur le sternum à la hauteur de la troisième côte. Soupçonnant la troisième molaire, l'auteur en proposa l'extraction, qui fut acceptée. La dent avait les apparences d'une dent morte. Trois jours après, la tumeur était considérablement diminuée et la fistule très modifiée.

M. Siffre ne croit pas que, dans ces cas, il faille incriminer la dent de sagesse, et il pense que le résultat est dû simplement à une dérivation.

M. Richard-Chauvin. — M. Siffre dit que la dent de sagesse n'est pas la cause des accidents. Son interprétation peut être exacte quelquefois... et l'infection peut être due à une autre cause ; mais il ne faudrait pas généraliser et l'on ne saurait nier que la cause initiale des désordres est due à la troisième molaire par la compression et les décollements qu'elle occasionne. Il cite le cas suivant :

Le Dr Péan adressa en 1886 une malade à l'École dentaire de Paris, une fistule cutanée située à l'angle de la mâchoire inférieure lui faisant supposer que la malade avait une dent infectée dans la région.

Dans la bouche pourtant aucune trace d'inflammation ; mais la constriction des mâchoires me fit incriminer une dent de sagesse non évoluée. Un sondage pratiqué le long de la racine postérieure de la deuxième grosse molaire décela le corps adamantin ; la gencive était décollée, mais sans contusion d'aucune sorte. L'extraction confirma le diagnostic ; la malade était guérie, trois semaines après. L'infection avait pénétré par le décollement sans doute ; mais, sans la présence de la dent de sagesse, ce décollement n'aurait pu se produire.

Présentations.

M. Carlavan (de Marseille) présente un enfant de douze ans, dont la bouche offre les particularités suivantes : Au dire des parents il n'aurait jamais eu de dents de lait ; actuellement on cons-

tate cinq dents au maxillaire supérieur, à droite et à gauche une grosse molaire à tubercules très saillants, en avant deux canines situées symétriquement à un demi-centimètre de la ligne médiane, enfin une dent de forme conique, près de la canine gauche.

Le maxillaire inférieur est moins riche encore, il ne possède que deux dents rappelant la forme des canines et situées à peu près à l'emplacement normal de ces dernières.

M. Carlavan a posé à ce jeune édenté un appareil du haut et un du bas avec lesquels la mastication se fait régulièrement.

M. Lemerle demande à M. Carlavan de vouloir bien compléter son observation en faisant quelques recherches sur les antécédents de la famille.

M. le Dr Nux présente la photographie d'un cas de prothèse immédiate. Il préfère les appareils pleins, qui sont plus aseptiques que ceux ayant des canaux d'irrigations, lesquels sont un réceptacle de matières septiques et finissent par se boucher complètement.

Eau oxygénée.

M. Camoin lit un travail très important et très étudié sur l'eau oxygénée au point de vue antiseptique, hémostatique et bactériologique. Il fait circuler dans l'assistance des dents qui ont baigné dans cet antiseptique, et l'on peut constater que, si elles ont subi une action décolorante, elles sont indemnes au point de vue de la carie, l'eau oxygénée n'ayant pas une action caustique, comme on l'a prétendu. Cette monographie, des plus intéressantes, est très applaudie.

La séance est levée à midi.

Dimanche après-midi.

1re Partie. — Démonstrations et présentations.

M. Moulin (de Toulon) présente un nouvel or en éponge, l'or de Genève, et exécute habilement et sans digue dans une molaire inférieure une aurification assez étendue.

M. Schwartz (de Nîmes) présente une pharmacie de son invention, qui paraît très ingénieuse. Elle consiste en une rangée de douze flacons, insérés dans une bande métallique appliquée le long de la tablette ; une autre bande coupée par le milieu ferme les flacons en se rabattant. Nous formulerons cependant le regret que la moitié des flacons se débouchent simultanément. Si M. Schwartz trouvait une combinaison pour adapter une fermeture spéciale à chaque flacon, sa pharmacie serait parfaite.

Les maisons *Roch fils* (de Marseille) et *Reymond frères* ont une

exposition intéressante ; on y remarque surtout les appareils électriques de la maison Roch.

2e Partie. — Communications.

Présidence de M. Beltrami père, puis de M. Schwartz, assistés de MM. Damain et Lemerle.

M. Siffre (de Paris) fait l'historique du Syndicat des chirurgiens-dentistes diplômés ou patentés antérieurement au 1er janvier 1892, et il exprime l'espoir de voir bientôt l'union se faire entre les divers syndicats.

M. Schwartz (de Montpellier) lit un travail très étudié sur le choix judicieux de la matière obturatrice a employer après le traitement des cavités. Il envisage son sujet à quatre points de vue principaux : A. Résistance des parois de la dent. B. Siège de la Carie. C. Degré de la Carie. D. Esthétique et harmonie des couleurs ; puis il étudie les matières obturatrices suivantes : gutta, ciment, amalgame, or, émail fusible, couronnes métalliques.

M. Carlavan (de Marseille) présente des couronnes en or, d'autres en aluminium, et chacun admire la perfection de ses travaux.

M. le Dr Beltrami (de Marseille) regrette que M. Schwartz n'ait pas cru devoir parler de l'étain, qui est une matière obturatrice excellente, et il estime que le travail des couronnes n'est pas à sa place dans cette étude.

M. Lemerle (de Paris). — Dans le choix d'une matière obturatrice, il existe un autre facteur, dont M. Schwartz ne nous parle pas : l'âge du sujet. On ne doit pas employer l'or ou l'amalgame chez les enfants ; de même pour les dents de sagesse, où une obturation plastique est préférable.

Quant au coiffage dans les caries du deuxième degré avancées, l'amiante n'est pas antiseptique, et il est indiqué dans ces cas d'interposer une pâte antiseptique entre la matière obturatrice et le fond de la cavité.

M. Richard-Chauvin (de Paris) ne voit pas pourquoi on n'emploierait pas l'aurification chez les enfants ; il croit qu'il s'agit là d'une légende dont on parle comme d'un fait acquis sans que la démonstration en soit faite ; quant à lui, il ne craint pas de faire des aurifications chez les enfants et jamais il n'a eu à le regretter.

M. Hivert (de Paris) appuie la théorie de M. Lemerle.

M. Schwartz (de Montpellier) désapprouve l'aurification chez les enfants nerveux, et aussi à cause de la pression à exercer, dans les dents dont la pulpe n'est plus protégée que par une mince couche de dentine.

M. Lemerle. — Une dent attaquée par un agent pathogène cherche

à se défendre contre l'envahissement des micro-organismes, comme le ferait toute autre partie du corps. Quoique les dents ou plutôt la dentine ne soit pas soumise à l'action de la diapédèse, sous l'influence d'une irritation légère, il se produit dans la pulpe une suractivité fonctionnelle qui provoque la sécrétion calcaire attribuée aux odontoblastes, sécrétion que nous désignons sous le nom de dentine secondaire et que Magitot appelait cône de résistance. Cependant il lui semble imprudent de provoquer artificiellement cette calcification, et M. Chauvin lui-même, dans un travail sur le coiffage de la pulpe, a formellement dit qu'une irritation tant soit peu intense peut la produire d'une manière antiphysiologique. Une obturation métallique provoquera, chez l'enfant surtout, où les canalicules sont larges, des réactions thermiques qui seront d'autant plus vives et auront un retentissement d'autant plus grand que l'enfant sera plus jeune. Il faut compter aussi avec la rétraction ou la dilatation des métaux employés. En résumé, l'obturation plastique, notamment avec le ciment permet, selon lui, d'attendre que la dent ait pris une densité plus grande. A ce moment, vers l'âge de 16 à 20 ans, l'aurification sera certainement l'obturation de choix.

M. le Dr Beltrami (de Marseille) constate la bonne volonté que chacun apporte dans la discussion pour élucider les points obscurs de la pratique ; il estime que la connaissance des différents modes de traitement et d'obturation des dents temporaires est un sujet complexe, peu étudié en général, et il propose de porter cette question à l'ordre du jour d'un prochain congrès.

M. le Dr Nux (de Toulouse) résume la question et appuie la proposition.

M. Hivert (de Paris) fait remarquer qu'au dernier Congrès, à Paris, M. Ducournau a présenté un travail intitulé : « Des dents temporaires [1] et des dents de six ans ; conséquences fâcheuses du manque de soins » dans lequel il a exposé son mode de traitement et d'obturation.

La proposition de M. Beltrami, mise aux voix, est adoptée, puis la séance est interrompue et l'on passe dans une salle voisine où des rafraîchissements sont préparés.

3e Partie.

M. Beltrami père (de Marseille) présente un excellent rapport sur les MOYENS DE RÉTENTION DES APPAREILS A SUCCION et sur le MEILLEUR MODE DE PRISE DE L'ARTICULATION.

M. Schwartz (de Nîmes) communique le résultat de ses observa-

1. Voir *l'Odontologie* du 30 avril, p. 306.

tions personnelles, précédé d'un historique, sur la question de l'ARTICULATION A DONNER AUX DENTIERS, afin de leur assurer un maximum de fixité. Il appuie de dessins au tableau noir les remarques judicieuses que son expérience lui a suggérées ; il envisage deux cas principaux : A. Arcade maxillaire supérieure étroite, arcade inférieure large. B. Arcade maxillaire supérieure large, arcade inférieure étroite.

Les communications de MM. Beltrami père et Schwartz père sont accueillies par de vifs applaudissements, qui prouvent que les questions d'un intérêt pratique aussi important sont souvent plus goûtées du public professionnel que les théories abstraites.

De la discussion qui accompagne ces deux communications et à laquelle prennent part MM. *Siffre*, *Hivert*, *Dr Nux*, *Schwartz fils*, *Damain*, *Naudé* (de Lyon) et *Richard-Chauvin*, il résulte que dans les pièces à succion les chambres à air sont inutiles.

Lundi 30 mai.

Présidence de M. SCHWARTZ, puis de M. BELTRAMI père, assistés de MM. RICHARD-CHAUVIN et SIFFRE.

M. Antetomaso (de Marseille) présente d'abord des porte-empreintes faits avec un métal assez malléable pour lui permettre de les élargir et de les rétrécir à volonté, puis des porte-fraises tout en métal, supportant sous un petit volume un assez grand nombre de fraises, enfin différents instruments spéciaux pour l'extraction des racines. Tous les assistants admirent l'ingéniosité de notre confrère.

M. Schwartz (de Nîmes) communique l'observation d'une TUMEUR CONGÉNITALE, siégeant en arrière du palais et offre à chaque congressiste la photographie de ce cas curieux.

Il présente ensuite un tableau[1] qu'il remet à tous les membres et sur lequel sont indiquées les abréviations qu'il emploie pour simplifier sa STÉNOGRAPHIE DENTAIRE, ainsi que ses cartes de diagnostic et un modèle de Livre-Journal.

M. Schwartz (de Montpellier) étudie les moyens de cautériser et d'enlever la pulpe sans douleur; il s'élève contre les douleurs inutiles que certains de nos confrères causent à leurs patients.

M. Schwartz (de Nîmes) préconise l'emploi de couronnes en caoutchouc pour les pansements arsenicaux dans les dents à carie voisine de la gencive.

M. le Dr Nux (de Toulouse) ne croit pas à la périostite occasionnée par l'acide arsénieux.

M. Siffre (de Paris) est du même avis ; contrairement à M. Schwartz

---

1. Nous reviendrons sur ce tableau dans un de nos prochains numéros et nous en indiquerons les grandes lignes.

fils, il pense que, dans les dents à racine unique, il est préférable d'extraire la pulpe sans cautérisation préalable.

M. Richard-Chauvin (de Paris) expose sa manière d'appliquer l'acide arsénieux.

1re *application* : L'acide arsénieux est laissé deux jours consécutifs avec un coton lâche sur le pansement ;

2e *application* : La pulpe enlevée soigneusement, la cavité pulpaire lavée et passée au chloroforme, un deuxième pansement arsenical appliqué, la dent est fermée avec un coton imbibé de chloro-percha pendant vingt-quatre heures. Après ce deuxième pansement les nerfs sont enlevés sans douleur neuf fois sur dix. Il fait opérer de cette façon pour les caries du troisième degré, dans son service à l'Ecole dentaire de Paris.

Ce temps en deux périodes ne saurait être dépassé sans inconvénient. Dans ses expériences à ce sujet il a eu deux cas de périostite chronique très rebelle pour avoir laissé le deuxième pansement trois et quatre jours.

M. le Dr Beltrami (de Marseille) pense que la périostite consécutive à la cautérisation est due à l'infection pulpaire.

M. Siffre (de Paris). — L'acide arsénieux n'est pas antiseptique ; il aurait besoin d'être stérilisé avant son emploi.

M. X... préconise l'acide arsénieux en cristaux, dont l'emploi est plus facile ; en appliquant un seul petit cristal, il n'a jamais eu d'accidents.

M. Lemerle (de Paris) fait remarquer combien les avis sont différents ; il rappelle qu'il y a un certain nombre d'années M. Poinsot conseillait de porphyriser l'acide arsénieux.

Pour sa part, il n'a pas craint, dans certaines caries d'un accès difficile, d'appliquer un pansement arsenical recouvert de ciment, et cela pendant plusieurs années.

M. Schwartz (de Nîmes) demande qu'à l'Ecole dentaire de Paris on veuille bien faire des essais comparatifs en employant l'acide arsénieux en poudre et en cristaux, et qu'on mette à l'ordre du jour du Congrès de 1900 le résultat de ces essais, ainsi que le résultat du séjour prolongé de l'acide arsénieux sous une obturation.

M. le Dr Nux (de Toulouse) élargit la question et propose le sujet suivant pour les Congrès de 1898 et de 1900. *Traitement de la carie du troisième degré par les procédés classiques et par la momification de la pulpe.* (Adopté.)

M. le Dr Beltrami (de Marseille) cite un cas d'évolution tardive d'une canine chez une personne de quarante-cinq ans. Les accidents durèrent plusieurs mois avant qu'un diagnostic pût être établi ; enfin, grâce à une épreuve de radiographie, M. le Dr Beltrami vit ses doutes confirmés et, pouvant se rendre compte de la position de cette canine, il procéda à son avulsion.

M. Richard-Chauvin (de Paris). — Il serait intéressant de connaître les phases de cette opération, qui a dû être laborieuse.

M. le Dr Beltrami indique comment il a procédé et présente la canine dont la racine est coudée à son extrémité.

M. le Dr Beltrami commente le récent discours de M. le Dr Claude Martin de Lyon à la réunion des dentistes du Rhône. Il déclare d'abord ne s'adresser qu'aux dentistes de province, les seuls intéressés dans la question qu'il veut traiter. Il n'a pas l'intention de faire le procès des écoles de Paris et s'avoue prêt à faire toutes concessions compatibles avec l'intérêt de la province; mais il estime qu'un enseignement donné par une Faculté aura plus de prestige que celui d'une école libre, il souhaite que le gouvernement crée cet enseignement dans les universités provinciales et il s'adresse à M. le Dr Garnier, adjoint au maire de Marseille, présent à la séance, pour le prier d'agir près du Conseil municipal en vue de l'obtention d'une subvention. Il termine en formulant les deux motions suivantes :

1° Appui à donner, au Congrès de Lyon, à la proposition du Dr Martin ;

2° Création à la Faculté de Marseille d'un enseignement dentaire, qu'il prie M. le président de mettre aux voix immédiatement.

M. Lemerle. — N'ouvrez-vous pas une discussion ?

M. Richard-Chauvin. — Si je comprends bien la pensée de M. le Dr Beltrami, les membres des Sociétés de Paris n'ont pas à prendre part à la discussion et n'ont pas de vote à émettre.

M. le Dr Beltrami. — En effet.

M. Richard Chauvin regrette qu'une proposition faite devant tous ne puisse être discutée par tous.

M. le Dr Beltrami insiste pour que la discussion soit ajournée au Congrès de Lyon et il invite tous les dentistes de province à prendre part au vote.

M. Chapot (de Nice) fait observer que, si l'on refuse aux délégués parisiens le droit à la discussion et le droit au vote, il doit en être de même pour les délégués des Sociétés provinciales. Ou tous les dentistes présents doivent voter ou seulement les membres de la Société du Sud-Est.

M. le Dr Beltrami. — Soit, seulement les membres de notre Société.

Après un vote auquel ne prennent part que les membres de l'Association des dentistes du Sud-Est, ces deux propositions sont adoptées sans discussion.

Après l'adoption de différentes mesures d'ordre intérieur, *M. Schwartz* adresse ses remerciements aux délégués des différentes Sociétés; il voit dans leur présence à Marseille une preuve de solidarité et de bonne confraternité et déclare le Congrès clos.

EDMOND PAPOT.

P.-S. — Pour être complet, il nous faudrait parler des fêtes, mais je laisse ce soin à la verve méridionale de mon ami Chauvin.

En publiant ces notes nous n'avons d'autre intention que de renseigner rapidement nos lecteurs et de prouver à tous l'importance et l'intérêt que présentait ce Congrès. Nous nous proposons d'ailleurs quand paraîtra le compte rendu officiel d'y puiser pour reproduire plusieurs des très intéressantes communications que nous avons entendues.

Ce que ce résumé succinct ne peut indiquer, c'est la courtoisie et la bonne confraternité qui présidaient à toutes les discussions et auxquelles il nous est agréable de rendre hommage.

E. P.

Les fêtes du Congrès de Marseille.

C'est la partie agréable. Le domaine scientifique appartient à mon ami Papot, qui s'en est chargé avec son habituel dévouement.

Ce n'est pas une petite affaire que de relater les événements de cette fête professionnelle. Quelles journées ! Inoubliables sûrement. Ah ! Parisiens, mes frères, il faut que vous soyez marseillais à votre heure, cela est indispensable.

Un temps superbe. Nous avons laissé la pluie tomber dans les pays brumeux. Arrivés à Marseille le samedi 28 mai, à 9 h. 1/2 du matin, nous avons profité du temps qui nous séparait encore de la première réunion pour faire connaissance avec cette superbe ville. Le soir, à 8 h. 1/2, nous étions sous les armes, chez Bodoul, rue Saint-Ferréol, pour le punch d'ouverture. Là, rien de saillant, pas de discours, de cordiales poignées de mains aux vieux camarades, de nouvelles amitiés formées en deux temps — à la Marseillaise. Les pauvres délégués parisiens étaient éreintés, et pourtant, ô puissance du milieu, ce n'est que vers minuit que nous avons quitté nos amis, enchantés de leur réception si affectueuse.

Le dimanche matin était consacré aux affaires sérieuses ; c'est Papot que cela regarde. Si sérieuses que soient les affaires, il arrive un moment où l'on éprouve vaguement le besoin de déjeuner. Vers midi, il semblait à nos pauvres estomacs parisiens que la dent de sagesse, même incomplètement évoluée, était impuissante à les satisfaire. Entre nous, je crois que le Sud-Est lui-même commençait à sentir la bouillabaisse.

Nous quittons le temple de la Science avec la légitime satisfaction de bons bourgeois qui, ayant accompli leur devoir, vont puiser de nouvelles forces pour les tournois futurs.

Déjeuner chez Bodoul, toujours rue Saint-Ferréol. Bodoul paraît jouer un grand rôle dans la vie gastronomique des Marseillais. Déjeu-

ner amical s'il en fut. Rien d'officiel ; quelques bonnes paroles de bienvenue du président Schwartz, empreintes de la plus franche cordialité.

M. Chapot de Nice — un dévoué, celui-là — remercie en tant que secrétaire les délégués étrangers à la région de leur présence à Marseille.

M. Damain, dans une improvisation remplie de verve et d'esprit, répond au nom des étrangers.

Quelques paroles sont encore prononcées par divers invités. Comme tout était à la bonne franquette, je ne m'en suis pas autrement préoccupé, attendant le moment de la fête officielle, qui avait lieu le soir même, pour essayer d'être complet. Nous retournons travailler l'après-midi.

8 heures du soir, tout le monde en habit. Banquet officiel de la Société, présidé par le Dr Livon, directeur de l'Ecole de Médecine de Marseille. Dîner splendide, servi par Bodoul — que vous disais-je ! Vraiment le Sud-Est fait bien les choses. Et quel entrain, quelle gaîté pendant ce repas confraternel ! Véritablement, nous sommes entraînés. Pendant un moment nous nous sentons tous de Marseille par le cœur. Au champagne, le Dr Livon se lève et ouvre la série des discours.

Quel homme aimable et courtois, le Dr Livon ! La bonté est empreinte sur ses traits. Il commence. Tiens, on peut donc être spirituel sans méchanceté ? Son discours est constamment souligné par les rires discrets de l'auditoire. Il félicite la Société du Sud-Est de son heureuse initiative, espère dans un avenir prochain la création de nouvelles Sociétés de dentistes et souhaite que Marseille soit encore le théâtre de nouvelles réunions, dans lesquelles les sentiments de bonne confraternité se développent intensivement. Il boit à la Société du Sud-Est, à son président et aux dentistes.

La parole est à notre ami Schwartz. Son discours peut se résumer en deux mots : union, concorde. A la façon dont il reçoit ses hôtes, on comprend qu'il ne s'agit pas là de fleurs de rhétorique. Non, ce n'est pas de l'eau bénite de cour, c'est sincère, bien pensé et dit dans un langage élevé ; on applaudit vigoureusement.

M. Berret, de Montpellier, est heureux de constater le succès de l'Association et, dissident de la première heure, il se reconnaît vaincu en rappelant, avec une légère variante, les mots de Jules César.

M. Chapot, secrétaire de la Société du Sud-Est. Saluez. C'est lui qui, avec le président et M. Camoin, a assumé la lourde tâche de l'organisation de ces fêtes, dont nous n'avons qu'à jouir, sans parler du Congrès lui-même.

M. Chapot est heureux, de même que le Président, de constater qu'après les paroles prononcées au Congrès par les délégués parisiens, tout malentendu a cessé et que l'union la plus complète règne entre Paris et la province.

Répondant à un entrefilet du Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, il dit que, si l'Association n'a invité au Congrès que les dentistes faisant partie d'une Société quelconque, c'est pour éviter l'intrusion des brebis galeuses. Les membres des Sociétés présentant les garanties nécessaires au point de vue de l'honorabilité professionnelle, cette manière de procéder leur évite le souci d'une enquête toujours désagréable.

Il boit à la presse professionnelle, représentée par MM. Damain et Papot.

Votre serviteur remercie, au nom de la Société d'Odontologie de Paris, pour la réception qui lui est faite.

M. Damain et M. Papot remercient au nom de la presse professionnelle.

M. Naudé, de Lyon, au nom des dentistes lyonnais, M. Hivert, au nom de la *Société Odontologique* de France, portent des toasts vivement applaudis.

Le Dr Nux, de Toulouse, annonce la création d'une Société dentaire à Toulouse (applaudissements). Il proteste des intentions conciliatrices du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

M. Siffre lui répond. Il est heureux des bonnes intentions du Syndicat des chirurgiens-dentistes de la Faculté, et il en prend acte, au nom du Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés.

M. X..., avocat-conseil de la Société, sollicité par plusieurs convives, prend la parole et nous tient sous le charme pendant un quart d'heure. Il a été, paraît-il, tant soit peu apprenti mécanicien, — tout à fait occasionnellement. Il obtient un succès de fou rire en nous racontant ses débuts.

S'adressant à M. Schwartz, président de la Société, M. Lemerle dit que sa mémoire lui fera certainement défaut pour rapporter à ses collègues et amis de Paris toutes les bonnes paroles prononcées à leur adresse.

M. Chapot clôt la série des toasts en portant la santé de M. Rozenbaum, délégué par lui-même au Congrès de Marseille.

Le banquet est terminé ; le reste de la soirée s'écoule très agréablement, grâce à MM. Schwartz, père et fils, Beltrami et quelques autres, dont les noms m'échappent.

. . . .

Et ce n'est pas tout...

Le lendemain, après une séance matinale du Congrès, une vingtaine de landaus nous attendaient pour nous conduire chez Roubion, restaurant de la Réserve, chemin de la Corniche.

Ceux qui connaissent Marseille, le chemin de la Corniche et Roubion peuvent seuls se faire une idée de la splendeur du décor. Le déjeuner est servi dans une belle salle d'où l'on domine la mer.

Temps superbe. Sous nos yeux, des massifs de rochers qui apparaissent groupés en pleine eau. Le château d'If se détache légèrement du groupe et offre un caractère véritablement saisissant.

Le café sur la terrasse qui se trouve devant la salle à manger et de plain-pied avec elle, d'excellents cigares, la causerie aimable du Dr Livon qui a présidé le déjeuner, et le temps passe comme un rêve.

J'ai complètement oublié les toasts. Du reste, le déjeuner était tout amical. Au milieu de la causerie un convive se levait, buvait à quelqu'un ou à quelque chose, il semblait que c'était la suite de la conversation arrivée à un diapason un peu plus élevé d'une part, avec, pour compensation, une sourdine d'autre part. Cependant, je sors un instant de l'état vague. M. Camoin s'est levé. Au nom des dentistes de Marseille, il remercie... tout le monde. Tiens, le voilà qui raille agréablement l'exubérance méridionale !

Prenez note, Parisiens, mes amis, prenez note de l'exubérance méridionale. J'ai essayé, dans ce compte rendu de fêtes, de vous en donner une faible idée. Il m'est impossible de faire plus. Nous étions tous un peu étourdis de cette succession rapide d'événements, et cependant tout n'était pas fini. Après ce merveilleux déjeuner le flot nous reprend encore. Pour ma part, je ne lutte plus, je me laisse rouler. Les landaus nous ramènent au port, où un vapeur, spécialement frêté pour les invités, fait une longue excursion dans le bassin. La visite projetée du château d'If n'a pu avoir lieu, par la faute du mistral.

N. B. — Avant de quitter le restaurant de la Réserve, un photographe, spécialement convoqué, a fixé nos traits augustes. Espérons que, grâce à cet artiste, les congressistes passeront à la postérité.

Morale. — Après huit jours, j'ai encore les yeux pleins du féerique tableau de ces splendides journées. Croyez que leur évocation transcrite est bien banale auprès de la réalité. Je dirais bien, suivant la formule : encore une fois, merci, mes chers confrères de votre réception, mais je considère qu'en la circonstance les remerciements aussi sont banals. Il est des choses pour lesquelles on ne remercie pas : on se souvient.

L. RICHARD-CHAUVIN.

TOAST DE M. RICHARD-CHAUVIN

Mes chers confrères,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier, au nom de la Société d'Odontologie de Paris, du bienveillant accueil que vous avez fait à son délégué. C'est la Société d'Odontologie de Paris que vous recevez en ma personne et c'est en son nom que je vous remercie ; pourtant, permettez-moi, grâce aux amis que je compte parmi vous, de prendre

personnellement ma part de votre bonne réception, de vous dire combien j'en suis touché et de vous en témoigner ma reconnaissance.

La Société d'Odontologie, chers confrères et amis, ne pouvait, pas plus que l'Ecole dentaire de Paris, laisser passer votre intéressante réunion professionnelle sans vous donner une preuve manifeste de la part qu'elle prend à vos préoccupations, à vos travaux.

Messieurs, la Réunion-Congrès que vous avez organisée est une preuve indiscutable de la vitalité de votre Association. Vous continuez, vous dentistes du Sud-Est, le mouvement de décentralisation qui a été la raison des congrès nationaux, lesquels, grâce à l'union et au dévouement de tous, ont si bien réussi. Etant donné les sentiments libéraux et décentralisateurs de ceux qui ont créé les congrès nationaux, vous ne sauriez ète étonnés de la vive sympathie qu'à suscitée parmi nous votre excellente initiative, non plus que de voir tous nos groupes représentés ici.

Malgré les distances qui vous séparent les uns des autres et les difficultés matérielles qui en résultent, vous avez fait preuve d'organisateurs habiles, décidés à mettre en commun les résultats de leurs observations, de leur pratique, de leurs travaux personnels; vous avez créé dans votre région le courant qui est le plus en rapport avec les idées qui nous sont chères.

Nous sommes heureux de voir une Société régionale affirmer ainsi son existence et sa foi dans l'avenir par une œuvre due entièrement à son initiative propre, dans sa pleine liberté, sans autres liens avec les groupes parisiens que ceux créés par l'amitié et la cordialité des relations.

Messieurs, permettez-moi de vous dire que, dans la voie féconde en résultats où vous vous êtes engagés, vous nous trouverez toujours disposés à applaudir à vos succès, car, comme nous, vous n'avez qu'un but : servir les intérêts généraux en marchant résolument dans la voie du progrès.

Messieurs,

En constatant le succès de votre belle réunion ; au nom de la Société d'Odontologie, en mon nom personnel, je lève mon verre. A votre président. A tous les membres de votre Société.

Toast de M. Ed. Papot.

Mes chers confrères,

Permettez tout d'abord au délégué du journal *L'Odontologie* de vous remercier chaleureusement de la magnificence de votre accueil, si cordialement confraternel, et dont, croyez-le bien, nous garderons le meilleur souvenir.

La Rédaction de notre organe s'est imposée la mission d'appuyer

toutes les initiatives intelligentes; la vôtre est de ce nombre; elle ne pouvait donc y rester étrangère.

Si c'est pour moi un honneur d'être le délégué de *L'Odontologie*, je prise plus encore le plaisir de me trouver au milieu de vous dans cette belle cité phocéenne et de vous y assurer que notre concours vous est acquis et que nos colonnes sont à votre disposition.

Je vous félicite bien sincèrement, car vous avez fait, pardonnez-moi l'expression, de la bonne besogne, que j'apprécie plus particulièrement; n'est-ce pas en effet une bonne fortune pour un journaliste professionnel de trouver dans une réunion comme celle-ci les éléments d'articles intéressants?

Oui, votre initiative est des plus heureuses et puisse-t-elle servir d'exemple à nos confrères d'autres régions.

Il m'est permis à moi, ancien dentiste de province, resté provincial de cœur, bien que les hasards de la vie m'aient amené à Paris, de vous affirmer que tous, à quelque endroit que nous exercions, nous n'avons qu'un but : servir les intérêts généraux de la profession et contribuer par l'union et le progrès, termes de la belle devise que vous nous avez empruntée, au développement régulier de l'art dentaire français.

En terminant, je bois à votre Président, mon camarade de promotion à l'Ecole dentaire de Paris; je bois au développement continu de votre Association; je bois à tous les dentistes français.

TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897.)

Séance du vendredi après-midi.

(29 octobre.)

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE

3, RUE DE L'ABBAYE.

Présidence de M. le Dr A. ROSENTHAL.

(*Suite*).

LE ROLE DES DENTISTES DANS L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE LA CATASTROPHE DU BAZAR DE LA CHARITÉ. PARIS, 4 MAI 1897.

Par M. O. AMOEDO,

Professeur à l'Ecole odontotechnique.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Le 4 mai 1897, Paris a été le théâtre d'une épouvantable catastrophe dans laquelle 126 personnes trouvèrent la mort, et plus de

deux cents furent blessées plus ou moins grièvement. Le Bazar de la Charité, où les plus grandes dames de France venaient vendre au profit des pauvres, a été réduit en cendres en moins de dix minutes.

Ce Bazar fonctionnait depuis 1885 et avait occupé successivement plusieurs locaux. On l'avait installé cette année dans un terrain vague situé rue Jean-Goujon. On avait construit à cet endroit un hangar rectangulaire en bois verni de 72 m. de long et 20 m. de large, et on l'avait recouvert de carton goudronné.

L'aménagement intérieur était composé d'une rue du vieux Paris qui fut fort admirée à l'Exposition du Théâtre et de la Musique. Cette rue était bordée à droite et à gauche des comptoirs des vendeuses, construits en bois recouvert de toiles de décors représentant d'anciennes boutiques du moyen âge. C'est là que les dames patronnesses vendaient pour les œuvres de charité des objets d'art, des bibelots, etc. Les vendeuses étaient recrutées parmi la haute société parisienne, que cette fête de charité attirait en foule. On avait de plus, au milieu de la longue galerie, presque en face des portes de sortie, installé un cinématographe. Ce fut la cause de la catastrophe. L'ensemble du Bazar n'offrait aucune résistance, et devait flamber en moins de quelques minutes.

Le nonce apostolique était venu vers trois heures et demie apporter aux assistants la bénédiction pontificale. Il était quatre heures vingt minutes, quand tout à coup, au moment où la foule très nombreuse, composée presque exclusivement de dames, se pressait autour des comptoirs de vente, des flammes jaillirent, partant de l'endroit où se trouvait le cinématographe. En un clin d'œil, vu l'extrême combustibilité de la toiture et des panneaux de décors, tout fut embrasé, et une panique épouvantable s'ensuivit.

Les malheureuses femmes affolées se précipitèrent vers les issues, trop peu nombreuses et trop étroites, s'y entassèrent sans pouvoir sortir, et beaucoup périrent étouffées avant d'être brûlées.

Les secours arrivèrent rapidement ; mais la violence de l'incendie avait été telle qu'en dix minutes tout croulait, ensevelissant plus de cent victimes.

Je ne décrirai pas l'épouvantable tableau que présenta à ce moment le Bazar de la Charité, les cris horribles des malheureuses brûlées vives, ni les scènes terrifiantes et sublimes dont ce lieu fut le théâtre; ce sont des faits qui sont dans toutes les mémoires.

On dut se borner à noyer les poutres fumantes, et le déblaiement commença. Cent vingt-six cadavres furent transportés dans une salle du Palais de l'Industrie qui était proche, et c'est là que les jours suivants les parents vinrent reconnaître les cadavres des victimes.

Les reconnaissances ne furent pas toujours faciles:

La salle où les corps avaient été transportés présentait un aspect terrifiant.

Les cadavres, tous horriblement carbonisés, mutilés, informes, un grand nombre entièrement nus, avaient été alignés sur les planches. Les uns n'avaient plus de bras, d'autres avaient perdu une jambe complètement calcinée ; tous portaient empreinte sur leur visage l'expression de la plus épouvantable terreur.

Beaucoup avaient le crâne complètement dénudé et les téguments de la face noircis et racornis par le feu. La peau de l'abdomen avait éclaté sous l'ardeur du brasier, laissant sortir les entrailles des malheureuses victimes.

Dans un coin, gisaient des bras, des jambes, détachés des troncs, et des souliers.

Sur tout cela, les torches des gardiens de la paix — il était alors 9 heures du soir — jetaient des lueurs lugubres et remplissaient la salle de fumée. C'était un mélange de résine, de phénol, de pétrole et de chairs brûlées, qui prenait à la gorge.

Un témoin nous en a laissé ce tableau saisissant :

« L'effroyable vision de cauchemar ! Des genoux aux os rompus, ouverts comme par des coups de hache, des bras arrondis autour de la tête en des postures de désespoir surhumain, des bottines d'enfants, des souliers dégagés sur des cambrures délicates, des torses de nègres ouverts comme après une boucherie d'anthropophages ; ces jambes noircies, les unes tordues comme des sarments, les autres ayant conservé intacte la rondeur des formes, et ces têtes surtout, ces têtes carbonisées, rétrécies, réduites à rien, où seulement les dents persistaient ! »

Le lendemain matin, une foule anxieuse attendait, et les recherches commencèrent. Elles aboutirent assez rapidement, puisque vers midi il ne restait plus qu'une trentaine de cadavres.

Mais ceux-là présentaient de si effroyables mutilations, le feu les avait tellement défigurés et *réduits*, détruisant jusqu'aux moindres indices susceptibles de rendre la reconnaissance possible, qu'on ne s'attendait même plus à ce que l'identité d'aucun d'eux pût être établie par personne.

Et cependant il restait encore là de nombreux corps, et les parents en larmes circulaient autour du lugubre amoncellement, cherchant un indice qui permît la reconnaissance. Mais en vain, tout avait été détruit ; les corps noircis, sans bras, les jambes à demi-carbonisées, la tête à moitié calcinée, le visage grimaçant et contracté, étaient complètement méconnaissables ! Plus de vêtements, plus de souliers, plus de bijoux, rien qui pût mettre sur la voie !

C'est alors que M. Albert Haus, consul du Paraguay, eut l'idée

de faire appeler les dentistes qui avaient pu donner des soins aux victimes.

Le conseil fut suivi, et vous verrez quels en furent les excellents résultats. Devant l'impuissance des médecins légistes, puisque tous les signes ordinaires d'identification avaient disparu, nos confrères furent appelés.

Ce furent MM. Burt, Brault, Davenport, Ducournau, Godon et quelques autres.

Leur tâche d'ailleurs n'était pas facile. D'un côté, les téguments de la face qui pouvaient persister avaient été durcis par le feu et présentaient la rigidité du cuir. Les victimes avaient succombé pour la plupart la bouche fermée et les dents serrées : les tissus s'étaient rétractés dans cette position, les muscles s'étaient contracturés, et il était impossible d'écarter les mâchoires et même les joues pour pratiquer le moindre examen.

D'un autre côté, par respect pour les malheureuses victimes et pour les infortunés parents qui étaient là, les magistrats avaient défendu toute section des joues. Seul, M. Ducournau fut autorisé à la pratiquer pour la reconnaissance qu'il eut à faire.

Heureusement que nos distingués confrères étaient en possession de moyens d'identification d'une certitude absolue.

Ils possédaient tous, en effet, des schémas fort exacts de la bouche de leurs clients respectifs, et, munis de ces documents, ils affirmaient pouvoir reconnaître, d'une façon sûre, la victime à laquelle ils avaient donné des soins. Pour l'un, c'étaient des obturations à l'amalgame ; pour l'autre, des aurifications ; un troisième avait placé des dents à pivot et pratiqué des extractions. Tous enfin possédaient des particularités dont la présence dans la bouche examinée leur permettait de conclure sans aucun doute dans un sens ou dans l'autre.

Les examens eurent lieu et, outre le résultat heureux qu'ils donnèrent au point de vue de l'identification, ils permirent à nos confrères de faire d'utiles remarques. Ils purent constater combien les gencives en général avaient été protégées contre le feu par les joues qui s'étaient racornies. L'un d'eux m'a dit avoir trouvé des muqueuses gingivales roses et presque normales.

Grâce à leur concours, de nombreuses victimes furent donc rendues à leur famille.

Ce furent, en premier lieu : Mme la duchesse d'Alençon, Mme la vicomtesse de Beauchamp, Mme Nitot, Mlle Banassé, Mme de Villeneuve, Mme Jauffred, et d'autres.

J'ai fait une enquête auprès de nos confrères sur les résultats précis qu'avaient donnés ces examens, et je suis possesseur de nom-

breux documents et de la plupart des fiches utilisées par eux, que je garde pour un travail en préparation.

Je ne veux aujourd'hui attirer votre attention que sur l'importance de ces faits et leur valeur pour l'avenir.

L'importance de l'identification n'échappe à personne. Vous savez la situation faite par la loi à la famille dont le chef a disparu sans qu'un acte officiel ait constaté son décès; je vous la rappellerai brièvement. Voici comment les choses se passent, en France :

Le Code civil distingue en matière d'absence trois périodes, et par absent il entend la personne sur la vie de laquelle plane un doute :

1° *La présomption d'absence.* Cette période s'ouvre aussitôt que des doutes sérieux s'élèvent sur l'existence de l'absent;

2° *La déclaration d'absence.* Elle est prononcée par un jugement qui ne peut être rendu qu'après cinq ans depuis la disparition ou les dernières nouvelles de l'absent ;

3° *L'envoi en possession définitif*, qui ne peut être obtenu qu'après trente ans, depuis le jugement ayant déclaré l'absence, ou lorsqu'il s'est écoulé cent ans depuis la naissance de l'absent.

Voyons la situation faite à la famille pendant ces différentes périodes.

Pendant la première période, les biens de l'absent sont mal gérés, les héritiers présomptifs n'ont aucun droit sur eux et ne peuvent même pas les administrer. Ils peuvent seulement faire nommer par le tribunal un curateur qui ordinairement gère sans soins, n'étant pas contrôlé. Pendant ces quatre ans ils ne peuvent même pas toucher les revenus !

Pendant la deuxième période ou de déclaration d'absence, quand quatre années se sont écoulées depuis qu'on est sans nouvelles de l'absent, un jugement du Tribunal de première instance ayant déclaré l'absence, les intéressés peuvent se faire envoyer en possession provisoire des biens de l'absent. Cet envoi obtenu, le testament, s'il existe, est ouvert, et les légataires, donataires et tous ceux qui ont sur les biens de l'absent des droits subordonnés à son décès, pourront les exercer provisoirement, à charge de caution. Les envoyés en possession provisoire peuvent et doivent toucher les capitaux dus à l'absent, faire exécuter les réparations nécessaires, donner à bail ses biens, placer ses capitaux. Ils ne peuvent ni aliéner ni hypothéquer ses biens, ni accepter ou répudier une succession qui lui est échue. Ils jouissent enfin des revenus de l'absent, mais non entièrement. Si l'absent reparaît avant quinze ans révolus depuis le jour de sa disparition, ils devront lui rendre le cinquième de ses revenus ; après quinze ans le dixième ; enfin, après trente ans d'absence, la totalité des revenus leur appartiendra.

Troisième période. L'absence a continué trente ans depuis l'envoi provisoire. Alors tous les intéressés pourront demander le partage des biens de l'absent, et faire prononcer l'envoi en possession définitif par le Tribunal de première instance.

Les envoyés en possession définitive deviennent propriétaires des biens de l'absent ; ils peuvent les vendre et les hypothéquer. Mais, si l'absent reparaît, ils sont tenus de lui restituer les biens qu'ils possèdent encore et le bénéfice qu'ils ont retiré de ceux qu'ils ont vendus.

Des effets de l'absence relativement au mariage. — En principe, le mariage ne peut être dissous que par le décès prouvé de l'un des époux, ou par le divorce. Donc, le conjoint présent ne peut se remarier tant qu'il n'apporte pas la preuve du décès de l'absent, se fût-il écoulé plus de cent ans depuis la naissance de celui-ci.

Toutefois, si, en dépit des prescriptions de la loi, le conjoint présent a contracté un nouveau mariage, ce mariage ne pourra être annulé tant que durera l'absence. Seul, l'époux absent pourra à son retour, s'il revient, en demander la nullité.

Vous voudrez bien excuser cet exposé légal un peu long ; mais ici les faits parlent d'eux-mêmes, et valent mieux que tout commentaire.

La situation faite aux familles est donc terrible : une fortune plus ou moins considérable est complètement immobilisée pendant un certain temps, et ceux qui n'avaient que cette ressource se trouvent dans un embarras extrême. L'attention des pouvoirs publics et celle des médecins légistes ne saurait être trop attirée sur ce point, et l'importance humanitaire et sociale de l'identification n'est mise en doute par personne.

Or, il a paru d'une façon absolue, et cela non seulement dans la triste catastrophe du Bazar de la Charité, mais dans d'autres circonstances encore — et nous pourrions citer le cas du prince impérial, fils de Napoléon III, et celui du marquis de Morès, pour ne parler que des plus célèbres, — il a paru, dis-je, que le dentiste avait à jouer dans ces sortes d'examens un rôle considérable.

Et ce rôle, dans la catastrophe qui nous occupe, a commencé à n'être utilisé que lorsque, tous les moyens d'identification ayant disparu, les dentistes des victimes étaient seuls à même de pouvoir les reconnaître.

De plus, c'est tout à fait par hasard que nos confrères ont été appelés ; c'est, avons-nous dit, sur le conseil du consul du Paraguay.

Les domestiques et les personnes qui avaient coutume d'entourer les malheureuses victimes furent d'abord entendues. Remplies de la meilleure bonne volonté, ces personnes ne pouvaient cependant qu'apporter peu de renseignements dans le cas présent.

Elles se précipitèrent en larmes, à moitié folles d'épouvante à la vue de l'horrible salle. Et quels moyens de reconnaissance possédaient-elles? Des étoffes, des parcelles d'habillement, choses tout à fait banales et de peu d'importance, plusieurs dames pouvant s'habiller chez le même couturier, et porter la même étoffe.

Avec ces moyens, des méprises fatales devaient avoir lieu, et elles se produisirent. C'est ainsi que, sur le rapport d'une servante, on emporta un corps qu'on croyait être celui de Mme J. Haussmann. Il fut transporté au domicile de la défunte, placé dans une chapelle ardente, au milieu des larmes de toute la famille. Tout à coup on apprend qu'il y a eu erreur : on a pris le corps de Mlle Dutreil pour celui de Mme Haussmann !

Or, j'eus plus tard l'occasion de voir le dentiste de Mme Haussmann, et il m'a montré des fiches contenant les détails des opérations pratiquées. Les caractères qu'elles portaient étaient tellement typiques, qu'il aurait pu sans aucun doute établir l'identité, si on l'avait appelé.

Inutile d'insister sur les conséquences si pénibles de telles erreurs. Je ne l'aurais pas fait, si ces tristes événements ne renfermaient une leçon pour l'avenir.

Il est certain qu'un cadavre qui conserve encore les vêtements portés par lui pendant la vie, peut être reconnu par ce moyen, bien que la certitude ne soit pas très grande. Mais lorsqu'il s'agit de lambeaux d'étoffes à moitié noircis, on devrait, ce semble, apporter une plus grande réserve dans l'appréciation des indices de reconnaissance.

Aussi pourquoi attendre un conseil lancé au hasard, pour faire appeler les dentistes des victimes?

Il est évident que si, pour la reconnaissance, on tient compte des étoffes, des bijoux, des preuves apportées par une domestique, les documents que le dentiste fera valoir auront une tout autre valeur. Les dents, en effet, sont des parties de l'individu qui persistent longtemps après que tous les signes extérieurs ont disparu. Elles ont une valeur considérable au point de vue de l'identification, et la connaissance que le dentiste possède de l'état du système dentaire de son client, joint aux fiches qu'il apporte, sont des moyens que l'on ne devrait pas négliger.

Il serait donc à souhaiter que, dans des cas semblables, un expert dentiste fût nommé pour examiner le sujet ; de la sorte la reconnaissance serait plus complète et dans beaucoup de cas ce serait la seule façon de l'établir.

Il faut que le triste événement dont Paris a été le théâtre soit une leçon pour l'avenir. Et nous, dentistes, nous avons le devoir d'insister auprès des pouvoirs publics pour demander que le rôle

que nous pouvons jouer dans les identifications ne soit pas oublié, qu'il ne soit pas surtout placé après d'autres paraissant peut-être plus simples au premier abord, mais à coup sûr moins scientifiques.

Trop d'intérêts sont engagés dans ces questions pour que par incurie on puisse les négliger. La sécurité rendue à toute une famille, la vie matérielle assurée, la mise en œuvre d'une fortune que l'absence immobilise complètement, et enfin la certitude de pouvoir éviter des méprises cruelles comme celle que je vous signalais tout à l'heure, ce sont, il me semble, d'assez forts arguments au double point de vue humanitaire et social.

La question d'ailleurs n'est pas nouvelle et de nombreux travaux ont déjà attiré l'attention sur ce point.

Je ne ferai que mentionner les plus importants ; ce sont ceux de : MM. Dumur, Montfort, Merciolle, Mela, Platschick, Godon, etc.

Lors de l'incendie de l'Opéra-Comique, en 1887, M. Godon publiait dans *L'Odontologie* un important mémoire sur la question et terminait par un vœu auprès des pouvoirs publics.

Plus récemment encore, deux mois avant l'incendie du Bazar de la Charité, paraissait dans le « Dental Cosmos » un article dû au Dr Thompson, de Kansas, intitulé : *Identification by means of teeth.*

L'auteur du travail s'étonne d'abord de voir que dans les examens anthropométriques il ne soit pas question des dents. Etant donnés les caractères typiques des dents et la différence entre les opérations qu'on peut pratiquer sur elles, il conclut qu'il y a une chance très minime pour que le même cas se présente deux fois. En conséquence, les dents auront une utilité indiscutable dans tous les examens d'identité.

Il rappelle aussi combien de procès à propos d'assurances sur la vie ont été engagés sans solution possible, parce qu'un moyen sûr d'identification manquait.

Il donne enfin un projet de mensuration des arcades dentaires et des voûtes palatines, et conseille de noter les opérations pratiquées sur les dents et les moindres particularités qu'elles peuvent présenter.

Dans le mois même qui vit la catastrophe, le Dr Wedelstædt publiait dans le Dental Cosmos un article intitulé : *A system of measurement of teeth.*

Au cours de ce travail, le premier paru sur cette si intéressante question, il s'étonne lui-même du résultat que lui ont donné ces mensurations. Sur plus de cent dentures différentes qu'il a examinées, il avoue n'avoir jamais trouvé deux incisives centrales ou latérales absolument semblables.

Dans la même bouche, dit-il, les mensurations des dents homo-

logues m'ont donné des différences de dixième de millimètre.

Il en conclut l'importance des dents au point de vue de l'identification des cadavres. Il fait enfin remarquer qu'avant peu de temps les compagnies d'assurances sur la vie feront examiner les dents de leurs clients et dresser une carte de leur système dentaire.

Voilà où en était la question lorsqu'est survenu l'incendie de la rue Jean-Goujon. Vous connaissez l'œuvre utile que nos confrères appelés ont pu y accomplir et la portée des identifications qu'ils ont établies.

Il nous faut maintenant compléter l'œuvre commencée. Il nous faut insister auprès des pouvoirs publics pour obtenir, comme le demandait déjà M. Godon, il y a dix ans, que, dans le cas où *il sera nécessaire, un expert dentiste soit nommé pour l'examen du système dentaire.*

Mais la question est plus large encore et il est certain qu'au point de vue des assurances sur la vie, elle est appelée à un grand avenir. Dans un temps qui n'est pas éloigné, les compagnies exigeront un examen des dents fait par un expert dentiste, examen qui, joint à la feuille d'habitus du sujet, constituera un dossier qui dans certaines circonstances sera l'unique moyen de reconnaissance.

Etendant plus encore ces considérations, nous dirons que, pour les criminels et les soldats, ce mode d'examen fournirait les données les plus utiles et permettrait de reconnaître les coupables ou les déserteurs mieux que les autres particularités physiques, qui sont à la rigueur susceptibles de quelque changement.

Le service anthropométrique, tel qu'il a été si merveilleusement organisé par M. Bertillon, ne pourrait que gagner à l'adjonction, à la fiche de chaque criminel, d'un schéma spécial notant l'état du système dentaire. Cette fiche, remplie par un expert dentiste, aurait la plus grande valeur, et dans les cas où des soupçons d'individualité seraient établis, une simple comparaison avec la bouche de l'individu présumé fournirait une certitude suffisante dans un sens ou dans l'autre.

Or il arrive souvent que le cadavre d'un individu est trouvé loin des régions où il a vécu. Il faut donc que l'identité puisse être établie dans tous les temps et dans tous les lieux.

C'est ici que se place la question si importante de l'entente internationale sur la nomenclature dentaire, et c'est par elle que j'ai voulu terminer ces réflexions, espérant attirer sur ce point quelques remarques intéressantes et soulever peut-être une discussion.

Il est évident que dans les cas où un cadavre est trouvé dans ces conditions, comme ce fut le cas du marquis de Morès, il est évident, dis-je, que le dentiste ne saurait se transporter à des distances

Modèle de LIVRE-JOURNAL de M. O. Amoëdo, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

1897		NOMS	Consultation	Temps	Supérieures Droites	Supérieures Gauches	Inférieures Droites	Inférieures Gauches	Pansement	OBTURATIONS GUTTA-PERCHA	OBTURATIONS Amalgame	OBTURATIONS Ciment	OBTURATIONS Or	OBTURATIONS Étain	Pivot-Couronne Travail à pont	Fausses dents	Extraction	PRIX
																		Fr.
Juillet	31	Mme X.		1/2			1 P		4° 1									20
	31	Mlle B.				IV											c 1	10
	31	M. A.				6 MT					4° 1							50

LÉGENDE

Les arcades dentaires sont divisées en 4 quartiers et les dents permanentes sont désignées par les chiffres arabes de 1 à 8 en partant des incisives.

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Les dents temporaires sont désignées par des chiffres romains.

V IV III II I	I II III IV V
V IV III II I	I II III IV V

Les faces de la dent sont désignées par les caractères suivants : M. mésiale — D. distale — L. labiale ou buccale — P. palatale ou linguale — T. triturante.

La combinaison de deux ou trois de ces caractères servirait à indiquer une carie siégeant sur deux ou trois surfaces : disto-triturante — mésio-palatale.

Les degrés 1°, 2°, 3°, 4°, serviraient à donner le degré de la carie (1° émail, 2° dentine, 3° pulpe vivante à nu, 4° pulpe morte).

Une barre entre deux casiers représente une obturation combinée avec les substances signalées dans chaque casier.

Les extractions à la cocaïne sont désignées par (c), au gaz (g), au chlorure d'éthyle (e).

Quand la consultation a été employée à prendre une empreinte ou à travailler une dent à pivot, etc., on met un zéro dans le casier correspondant. Exemple : Mlle X..., 31 juillet 97, a eu une demi-heure de travail sur l'incisive centrale inférieure droite, portant une carie du 4e degré. Honoraires, 20 francs. — Mlle B..., extraction à la cocaïne de la 2e molaire temporaire supérieure gauche. Honoraires, 10 francs. — M. A..., un amalgame sur une carie du 4e degré sur la face mésiale triturante de la dent de six ans supérieure gauche. Honoraires, 50 francs.

parfois considérables pour examiner le cadavre que des indices sérieux auraient fait croire son client. La nécessité s'impose alors que les schémas pris par un dentiste soient compris par toute la corporation dentaire.

Or, ces heureux résultats ne peuvent se produire que si une nomenclature unique est adoptée par les dentistes de tous les pays.

Il y a plus : le dentiste peut disparaître ; mais son cabinet persiste ; ses livres aussi ; il a un successeur. Il faut donc que celui-ci soit à même de continuer son œuvre, et pour cela encore s'impose la nécessité d'une nomenclature uniforme.

Il est donc indispensable que cette entente s'accomplisse. Un Congrès qui, comme celui-ci, réunit des représentants de divers pays du monde, doit s'imposer le travail d'établir cette nomenclature uniforme internationale.

PROJET DE NOMENCLATURE DENTAIRE

Par M. O. Amoedo,
Professeur à l'École Odontotechnique.

Après avoir étudié les différentes façons d'indiquer les dents par symboles, je me suis arrêté à celle qui les désigne de 1 à 8, en partant de la ligne médiane. C'est le système le plus répandu aujourd'hui à cause de sa simplicité.

Pour désigner une dent séparément, on la place dans un angle droit, par exemple : $\overline{6}|$ dent de six ans inférieure droite ; $|\overline{6}$, même dent gauche ; $\underline{6}|$ supérieure droite ; $|\underline{6}$ supérieure gauche. Pour désigner les 5 faces de la dent, j'ai adopté aussi les termes les plus courants : M, mésiale du côté de la ligne médiane ; D, distale, distant de la ligne médiane ; L, labiale, synonyme de buccale ; P, palatale, synonyme de linguale ; T, triturante, synonyme de couronnale.

Avec tout cela et le système d'abréviations que j'emploie depuis une quinzaine d'années, j'ai combiné le tableau que j'ai l'honneur de vous soumettre, comme modèle d'un livre-journal.

Séance du samedi après-midi
30 octobre.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE.

Présidence de M. Ed. PAPOT, puis de M. le Dr NUX, vice-présidents.

PRÉSENTATION DU MUSÉE PRÉTERRE

Par M. MICHAELS,

Voir L'Odontologie *du* 30 *novembre* 1897, *page* 374.

PRÉSENTATION D'UNE RESTAURATION FACIALE ET BUCCALE

Par M. HEÏDÉ,

Voir L'Odontologie, 15 *janvier* 1898, *page* 5.

DISCUSSION.

M. DE MARION (de Paris) fait remarquer que chez la malade présentée par M. Heïdé tout le fond de la gorge est érodé; il proteste contre ceux qui mettent sur les muqueuses des parties dures et rigides; il est d'avis de mettre sur la muqueuse du voile du palais un caoutchouc souple. En se servant du caoutchouc dur, on peut avoir, dans un temps plus ou moins long, des accidents graves.

M. HEÏDÉ (de Paris) répond que l'expérience de quinze années lui a appris que le caoutchouc dur, poli, est mieux supporté par les muqueuses que le caoutchouc souple.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAVAIL A PONT

Rapport présenté par M. HEÏDÉ,

Voir L'Odontologie *du* 15 *décembre* 1897, *page* 409.

DISCUSSION.

M. D'ARGENT (de Paris) déclare que c'est certainement par modestie que M. Heïdé voulait priver les membres du Congrès de la lecture de son rapport, qui est très intéressant et aboutit à des conclusions très importantes. Il propose qu'on discute le rapport de M. Heïdé dès qu'il sera imprimé.

M. O. AMOEDO. — Je regrette beaucoup que dans ce Congrès on n'ait pas tenu compte des décisions prises précédemment au Congrès de Nancy, c'est-à-dire de commencer nos séances par la lecture des rapports ; cela en effet nous a empêchés d'apprécier en

entier le très intéressant et très complet rapport qui nous a été présenté par M. Heïdé.

Je suis tout à fait de l'avis du rapporteur à propos de la critique qu'il fait du travail à pont fixe.

Voici ce que disait le Dr Campbell à la Société des dentistes américains d'Europe, dans sa réunion de Boulogne-sur-Mer en 1895, sous la présidence du Dr Spaulding, ici présent : « Je fus un des premiers, avec Been à Paris, et Richardson à New-York, à faire le travail à pont fixe; maintenant je le ferai seulement pour mes ennemis. J'ai fait venir chez moi tous les clients à qui j'avais fait des travaux à pont fixes, je les ai enlevés et remplacés par d'autres mobiles, et tout cela sans exiger des frais supplémentaires. »

Voici deux pièces à pont fixes, qui ont été faites à Chicago, pendant l'Exposition, à un des plus célèbres chanteurs de l'Opéra de Paris.

Ce malade souffrait déjà depuis plusieurs années de pyorrhée alvéolo-dentaire, et le résultat de ces ponts ne se fit pas attendre, car un an plus tard, à son retour d'Amérique, j'enlevai sans difficulté ces deux ponts avec les doigts, et les racines suivirent l'appareil comme vous le voyez ici.

Pour me résumer, je dirai ceci : deux conditions sont indispensables pour faire un pont fixe, ainsi que pour une dent à pivot :

1° Il faut que le péricément soit sain;

2° Il faut que le canal radiculaire soit aseptique et obturé.

Maintenant, entre le travail à pont fixe et le mobile, je préfère ce dernier.

M. Godon. — Nous ne pouvons discuter comme nous l'aurions voulu le rapport de M. Heïdé sur le travail à pont, le temps nous faisant défaut et ce rapport n'ayant pu être imprimé avant l'ouverture du Congrès. Je le regrette pour ma part, car j'ai une certaine expérience de ce travail. (M. Godon présente quelques cas où il montre les inconvénients possibles du travail à pont.)

Dents a tube pour « Bridge-Work »

Par M. John H. Spaulding,

Voir L'Odontologie *du* 15 *février*, *page* 116.

Appareil a double traction pour correction du prognathisme

Par M. P. Martinier,

Voir L'Odontologie *du* 15 *mars*, *page* 185.

DISCUSSION.

M. Touchard (de Paris) décrit un appareil analogue à celui de

PLANCHE XV.



Après.



Avant.



M. Martinier et grâce auquel il a obtenu une force de traction extraordinaire. Il félicite M. Martinier d'avoir présenté son appareil, qui certainement rendra de grands services. Il en a appliqué un semblable avec des résultats satisfaisants sur une anomalie dentaire.

M. Brodhurst (de Montluçon) approuve l'appareil de M. Martinier. Il propose la vis à ressort et le fil de soie, deux modifications qui lui ont donné d'excellents résultats.

Un cas de prothèse restauratrice du maxillaire inférieur

Par M. P. Martinier,

Voir L'Odontologie *du* 15 *mars*, *page* 189.

DISCUSSION.

M. Nux (de Toulouse) approuve la communication de M. Martinier. Il présente des photographies de malades ayant subi la restauration du maxillaire inférieur, et dont le visage n'offre aucune déformation. Il a noté cependant un œdème de la face, assez considérable ; pour cela, il prend soin d'arrondir tous les angles.

ARTICULATION DÉFECTUEUSE ACCOMPAGNÉE DE TIC

CORRIGÉE PAR LE REHAUSSEMENT DU MAXILLAIRE ET L'APPLICATION D'APPAREILS PROTHÉTIQUES SPÉCIAUX FIXES

Par M. Brigiotti,
Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

J'ai eu l'occasion, il y a deux ans, de donner mes soins à un Très Révérend Père, prédicateur distingué, qui, à la suite d'une habitude singulière de porter continuellement la mâchoire de droite à gauche, et *vice versa*, et de la projeter également d'arrière en avant, était arrivé à user ainsi le peu de dents qui lui restaient presque jusqu'au niveau des gencives. Il lui restait trois incisives supérieures et une canine supérieure du côté gauche ; deux molaires de six ans à droite et à gauche ; au maxillaire inférieur il y avait quatre incisives, deux canines, une petite molaire gauche, une à droite, et deux molaires de douze ans ; toutes ces dents, ou plutôt ces débris, étaient dans le plus fâcheux état à la suite du tic dont nous avons parlé plus haut et dont on pourra se rendre compte sur le modèle que j'ai l'honneur de soumettre au Congrès. Comme on pense, mon patient éprouvait de grandes difficultés pour mâcher convenablement les aliments, et, par suite de cette mastication très défectueuse, sa santé et la nutrition générale s'en étaient grandement ressenties ; c'est dans ces conditions qu'il vint me trou-

ver. Après avoir examiné le cas intéressant qui se présentait à moi, je pris la résolution de me servir des débris dentaires que j'ai signalés, pour y adapter un appareil solide et inamovible qui pût permettre à mon patient non seulement de reprendre sa profession de prédicateur, mais encore de manger facilement, et pût lui rendre la santé perdue, par une parfaite mastication.

Craignant qu'un appareil mobile n'aggravât encore, au lieu de l'atténuer, l'habitude qu'avait prise mon patient de projeter la mâchoire dans tous les sens, j'appliquai un appareil fixe, qui lui a rendu de grands services et dont nous sommes on ne peut plus satisfaits. Voici comment je procédai : comme les deux molaires supérieures qui restaient portaient dans le vide, il y avait un mouvement de bascule du maxillaire qui se produisait en arrière et qui facilitait la projection du maxillaire dont j'ai parlé ; afin de corriger ce défaut d'articulation, j'ai pensé qu'il serait utile de rehausser le maxillaire pour le faire porter d'arrière en avant ; à cet effet j'ai adapté deux dents avec capsules de chaque côté de la mâchoire inférieure et les ai reliées solidement entre elles par du ciment ; le vide était ainsi parfaitement comblé, et de plus le maxillaire, au lieu d'être attiré en arrière, était au contraire projeté en avant, de telle sorte qu'aujourd'hui l'articulation est en tous points parfaite et de beaucoup supérieure à celle qui existait avant l'usure des dents ; il suffira, du reste, pour s'en rendre compte, au point de vue esthétique, de comparer les deux photographies que j'ai l'honneur de vous présenter. Cet appareil posé, j'ai attendu quinze jours afin de pouvoir juger les résultats et de me rendre compte du degré de tolérance où était arrivé mon patient en ce qui concerne l'appareil prothétique qu'il portait. Il se montre très satisfait et n'éprouve aucune gêne. La première opération ayant pleinement réussi, je procédai à la seconde ; au lieu de faire une pièce unique, j'en fis deux, afin qu'il fût facile d'exécuter les réparations qu'elles pourraient nécessiter. Je posai des demi-capsules autour des incisives usées, ainsi qu'autour de la canine, et deux capsules entières sur les deux molaires de chaque côté, reliées solidement entre elles par une plaque en or. J'ai revu mon patient il y a trois mois ; il est enchanté, et la mastication est tellement énergique que j'ai été obligé de faire des aurifications sur les capsules usées.

Tel est, en résumé, chers confrères, ce travail, que j'ai cru utile de présenter à votre examen, heureux si j'ai pu vous intéresser et provoquer vos observations.

P. S. — J'ai également ici un cas presque similaire (mon premier essai) qui a été fait sur le rehaussement et l'avancement du maxillaire supérieur d'une dame de 52 ans, que j'ai eu l'honneur de pré-



Fig. 24.

senter à la Société Odontologique de France dans la séance du

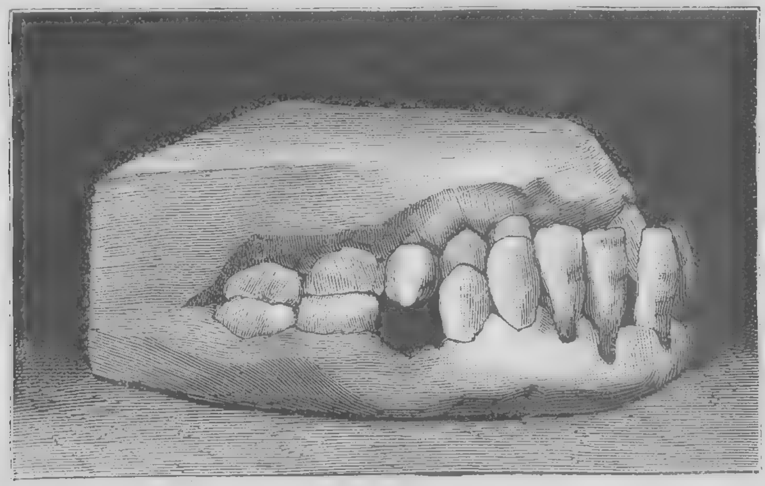


Fig. 25.

3 juin 1884. Je me permets de vous le soumettre.

Voici le cas : il s'agit d'une dame de 52 ans à laquelle j'ai, au mois de décembre dernier, entrepris de ramener en avant les dents supérieures et antérieures.

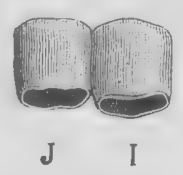


Fig. 26.

Les planches intercalées ici remplaceront suffisamment les explications. La figure 24 montre la bouche articulée de face, après les premières empreintes et avant d'avoir rien fait.



Fig. 27.

La figure 25 se présente dans les mêmes conditions, vue de profil.
Il fallait d'abord ouvrir l'articulation et ensuite en faire avancer les dents supérieures. Pour ouvrir l'articulation, je profitai

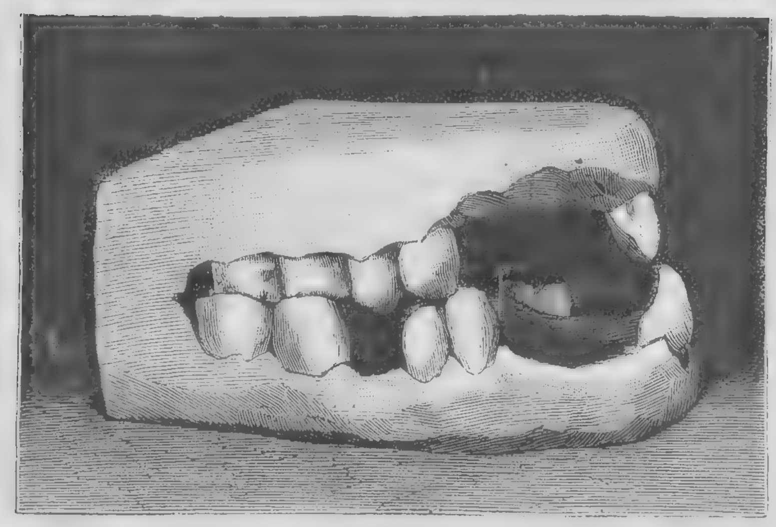


Fig. 28.



Fig. 29.

de cette circonstance que les dents molaires marquées dans la figure 22 par les lettres I et J étaient cariées. Elles furent obturées à la pâte de Hill, en laissant dépasser de la cavité autant d'obturation qu'il en fallait pour ouvrir l'articulation. Cet essai permit de constater que la bouche s'accommodait assez de ce nouvel état de choses et que les dents obturées ne devenaient pas sensibles sous les efforts constants du nouveau mode de mastication. Des capsules en or (fig. 26) furent alors appliquées sur les mêmes grosses molaires, qu'elles coiffèrent absolument.

Dès lors le redressement fut conduit rapidement et en moins d'un mois il donna des résultats parfaits. Il fut alors procédé à l'extraction des dents déchaussées, désignées sur la figure 24 par les lettres A, B, C, D, E, F, G, et les mâchoires offrirent l'aspect, de face, de la figure 27.

La figure 28 se présente dans les mêmes conditions, vue de profil.

A la fin de février, c'est-à-dire deux mois après la première empreinte, des pièces prothétiques ont été adaptées. La figure 29 montre le cas terminé, avec les pièces en place.

Tel est le résultat ; il n'est pas utile d'insister. Comme conclusion, je dirai que, si j'ai tenu à vous présenter ce cas, c'est que, le sujet n'étant plus jeune, j'ai pu, sans le fatiguer et dans un délai vraiment restreint, lui ouvrir la bouche, déplacer ses dents, lui faire prendre de nouvelles habitudes de mastication et enfin adapter de bons appareils.

Ces explications suffiront sans doute pour vous permettre d'apprécier l'importance du travail que j'ai pu mener à bonne fin. Mais je recevrai avec reconnaissance toutes les observations qui se produiront à ce sujet.

DES APPLICATIONS DE LA RADIOGRAPHIE ET DE LA RADIOSCOPIE EN ART DENTAIRE

Par MM. GODON et CONTREMOULINS.

Voir L'Odontologie *du* 28 *février*, *page* 41.

APPLICATIONS DE LA RADIOGRAPHIE A L'ART DENTAIRE

Par M. LOUIS RICHARD-CHAUVIN, et M. le Dr FÉLIX ALLARD.

Voir L'Odontologie *du* 28 *février*, *page* 152.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE LEPTOTHRIX BUCCALIS

Par M. J. CHOQUET.

Voir L'Odontologie *du* 15 *janvier*, *page* 10.

VŒUX ET RÉSOLUTIONS.

Voir L'Odontologie *du* 15 *décembre* 1897, *page* 443.

Lecture est faite d'une lettre de M. SMITH regrettant que son départ l'empêche d'assister à la dernière séance du Congrès et au banquet. L'assemblée décide à l'unanimité d'adresser à M. Smith ses félicitations et ses remerciements pour la bonne volonté dont il a fait preuve et pour ses travaux.

*
* *

On procède ensuite à la nomination du président du prochain Congrès : M. le docteur Lecaudey est nommé à l'unanimité. Enfin le scrutin est ouvert pour la nomination de six membres du Comité central : MM. Sauvez, Siffre, Viau, d'Argent, Martinier et Queudot sont nommés. MM. Bonnard et Frey sont nommés comme membres suppléants de ce Comité.

Séance du dimanche matin

31 octobre.

Présidence de M. le Dr A. ROSENTHAL.

DE L'HÉMOSTASE EN CHIRURGIE DENTAIRE PAR LA GÉLATINE

Par M. le Dr FREY,

Voir L'Odontologie *du* 30 *décembre* 1897, *page* 458.

PRÉSENTATION D'UN AIDE-BOURREUR

Par M. DEBRAY,

Ex-démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

L'aide-bourreur Debray (breveté) se fixe à la cheville de l'établi,



Fig. 30.

comme ci-dessus ; il évite tout dérangement, chauffe en cinq minutes l'appareil où se place le moufle (lequel comporte une plaque émaillée destinée à chauffer le caoutchouc pour la mise en moufle) ; il supprime la casserole ou bouilleur pour le ramollissement du caoutchouc ; il réunit comme temps et dépense une économie de 35 0/0 sur les moyens employés journellement.

De plus, le petit brûleur sert à chauffer les pièces métalliques, pour les souder ; il supprime la perruque et le charbon et a l'avantage de se modifier en bec de Bunsen.

POSE D'UNE DENT LOGAN.

M. Meng pose une dent Logan. La préparation, le traitement et la pose complète demandent un délai de 20 minutes au maximum.

DÉMONSTRATIONS DIVERSES.

M. le Dr Telschow (de Berlin) reprend la série des démonstrations faites antérieurement et les complète par de nouvelles explications.

DISCOURS DE CLOTURE.

Par M. le Dr Rosenthal.

Voir L'Odontologie du 30 *novembre* 1897, *page* 397.

Dans une réunion tenue immédiatement après la clôture du Congrès et comprenant les membres des bureaux de 1897 et 1898, MM. Damain, de Marion, Papot, Queudot et Viau furent désignés pour former le comité de publication ; M. Papot fut nommé délégué de ce comité.

M. Ducournau fut adjoint à M. Stévenin pour la vérification des comptes.

CONGRÈS DE LYON

De différents côtés on nous exprime le regret que la date du Congrès de Lyon n'ait pas été fixée de façon à coïncider avec les fêtes du 15 août. En effet, le 14 étant un dimanche, on aurait eu deux jours fériés sur les trois consacrés au Congrès.

D'autres correspondants désireraient tout au moins qu'au lieu de prendre les 4, 5 et 6 août, on adoptât les 5, 6 et 7 août, car ce dernier jour étant un dimanche économiserait une journée de travail aux confrères désireux d'assister à ces assises professionnelles.

Nous transmettons ces vœux aux bureaux du Congrès en souhaitant que ceux-ci puissent y donner satisfaction.

E. P.



A LA RÉSERVE, CHEZ ROUBION, LE 30 AVRIL

— Quel est le comble de l'art pour un dentiste?
— C'est de nettoyer les dents d'une bouche d'égoût.
— Non.
— C'est de poser un dentier aux Bouches-du-Rhône.
-- Non.
— ?
— C'est de faire du fromage avec des dents de lait.

TRIBUNE OUVERTE.

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS ET RÉPONSES.

? N° 19. — *Existe-t-il à Paris, en dehors des maisons de fournitures, un retailleur de fraises déjà employées?*

Réponse. — On nous donne l'adresse suivante : M. Boissier, 26, Boulevard de la Zone, Ivry (Seine).

? N° 13. — *Quelle est la provenance de l'aluminium dont se sert* M. Telschow? *Quel est le procédé de soudure? Peut-on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire remontant à quelques années déjà?* S.

Réponse. — L'aluminium dont se sert le Dr Telschow provient d'une usine d'aluminium à Schaffhouse (Suisse). Comme soudure je n'en connais pas. La fixation des dents se fait au moyen de caoutchouc. Quant à la conservation des pièces dans la bouche, M. le Dr Telschow a montré dans une séance, à l'Ecole dentaire de Paris une pièce en aluminium qu'il porte depuis quelques années et qui est absolument intacte. MEISTER.

? N° 31. — *Quelqu'un peut-il donner les résultats obtenus depuis un an par le nouveau* ciment Telschow? *E. D.*

Réponse. — Je peux dire que je m'en sers depuis plus d'un an et que j'ai obtenu de très bons résultats. MEISTER.

? N° 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller au congrès de* Lyon?

? N° 64. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois?* *E. B. de C.*

? N° 27. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, depuis deux ans les gencives supérieures se couvrent constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état, s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Que puis-je faire pour combattre cette affection?* Dr S.

A la question ci-dessus, insérée dans le numéro du 15 août 1897, nous avions fait la réponse suivante :

1° Enduire chaque soir les lèvres avec du glycérolé de tannin; 2° Lotionner chaque matin les gencives avec solution de chlorure de zinc à 4 o/o, puis sécher et badigeonner avec stérésol du Dr Berlioz.

M. le Dr S. nous écrit de nouveau pour nous dire que son patient est toujours dans la même situation, malgré la continuation du traitement; il nous prie de lui indiquer une autre thérapeutique.

Il pourrait conseiller le brossage des gencives plusieurs fois par jour avec du savon (V. L'*Odontologie*, juin 1896, p. 364 et 15 août 1897, p. 98).

TABLE ALPHABÉTIQUE PAR NOMS D'AUTEURS.

TABLE DES PLANCHES ET GRAVURES.

PLANCHES HORS TEXTE

FIGURES

INDEX ALPHABÉTIQUE.

Chateauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. Majesté et L. Bouchardeau.